

**डॉ. राम मनोहर लोहिया अस्पताल, नई दिल्ली**

**वार्षिक टेंडर के अतिरिक्त**

**अंतरिम प्रापण के लिए प्रोफार्मा**

(सभी कॉलम/बिन्दु भरने अनिवार्य हैं। यदि किसी विशेष बिन्दु से संबंधित जानकारी उपलब्ध नहीं है तो लागू नहीं लिखें। कोई भी कॉलम/बिन्दु रिक्त नहीं छोड़ें)

1.	विभाग/स्वतंत्र एकक/अनुभाग का नाम (मांग पत्र भेजने वाले विभाग का नाम भी दर्शाया जाए)	
2.	विभागाध्यक्ष/स्वतंत्र एकक/अनुभाग का नाम (मांगकर्ता अधिकारी का नाम)	
3.	मांगकर्ता अधिकारी का कार्यालय ई-मेल आई.डी	
4.	प्रापण की जाने वाली मद का नाम (यदि आवश्यक हो तो अलग पृष्ठ संलग्न करें)	
5.	प्रापण किए जाने की मात्रा	
6.	प्रति यूनिट का अनुमानित मूल्य (भारतीय रुपयों में)	
7.	कुल लागत (भारतीय रुपयों में)	
8.	मद किस वर्ग से संबंधित है	उपस्कर/उपकरण/इम्पलांट्स/उपभोज्य/प्रयोज्य/री जेंट्स/रसायन/काँच का सामान/किट्स/औषध/लिनन/आकस्मिक मदें/अस्पताल फुटकर/ कार्यालय उपस्कर/कम्प्यूटर/लेजर प्रिंटर/यूपीएस/स्कैनर/कम्प्यूटर पेरिफेरल्स/स्टेशनरी/सामान्य मदें
9.	मद के मूल्य संबंधी सूचना का स्रोत	
10.	मद का उपयोग	
11.	यदि मद एक उपस्कर है तो क्या उस	

	उपस्कर के सभी भागों का मूल्य अनुमानित मूल्य में शामिल है? यदि नहीं है तो उस भाग/भागों को सूची में शामिल न करें।			
12.	उपस्कर खरीदने के पश्चात प्रयोग के लिए अपेक्षित अतिरिक्त/उप-साधन/उपभोज्य/प्रयोज्य/रीजेंट्स/अन्य मदों की सूची (यदि आवश्यक हो तो अलग सूची संलग्न करें)।			
13.	क्या प्रापण की मांग अनुपयोगी उपस्कर के विरुद्ध की गई है? यदि हाँ तो कृपया सेवा प्रदान करने वाले की अभ्युक्ति सहित अनुपयोगिता प्रमाण पत्र संलग्न करें।			
14.	उपस्कर/उपकरण को वार्षिक मांग में सम्मिलित न करने का कारण			
15.	क्या मद की तत्काल खरीद अपेक्षित है अथवा आगामी वार्षिक निविदा द्वारा खरीद सकते हैं।			
16.	तत्काल आगामी वार्षिक निविदा से पूर्व प्रापण का औचित्य उपर्युक्त मद के अभाव में आने वाली असुविधाओं की सूची			
17.	इंप्लान्ट्स/प्रयोज्य/उपभोज्य/रीजेंट्स/रसायन/किट्स/काँच के सामान की खरीद पर वार्षिक व्यय (इस उपस्कर के अतिरिक्त)			
18.	प्रतिवर्ष अनुमानित मात्रा की आवश्यकता (इस उपस्कर/उपकरण के अतिरिक्त)			
19.	वार्षिक मांग के विरुद्ध मद को शामिल न किए जाने के कारण (इस उपस्कर/ उपकरण के अतिरिक्त)			
20.	क्या मद एन डी ए सी/एन डी आई ए सी से संस्तुत है (इस उपस्कर/उपकरण के अतिरिक्त)			
21.	मद की पूर्व खरीद संबंधी सूचना, यदि हो	दिनांक	मात्रा	लागत (यदि ज्ञात हो)

22.	उत्पादक/वितरक का नाम पते सहित (यदि अपेक्षित हो तो अलग पृष्ठ संलग्न करें)	
23.	अपेक्षा प्रमाण पत्र/वचनबंध के साथ तकनीकी विशिष्टता संलग्न की गई है ।	संलग्न / नहीं संलग्न

दिनांक.....

मोहर सहित हस्ताक्षर

विभागाध्यक्ष के

मु.चि.अ., प्रभारी क्रय की टिप्पणी

मु.चि.अ., प्रभारी क्रय

चिकित्सा अधीक्षक के आदेश-

1. तत्काल खरीद के लिए संस्तुत
2. आगामी वार्षिक खरीद के द्वारा खरीदने के लिए संस्तुत ।
3. क्रय अनुवीक्षण एवं बजट मॉनीटरिंग समिति द्वारा भेजा जाए ।
4. संयुक्त क्रय समिति की टिप्पणी, यदि अपेक्षित हो ।
5. खरीद के लिए न भेजा जाए / संस्तुत नहीं ।
6. मांगकर्ता अधिकारी चर्चा करें

चिकित्सा अधीक्षक

फार्म - ई

वचनबंध

मैं. डॉ. .... विभागाध्यक्ष

.....

..... डॉ. राम मनोहर लोहिया अस्पताल  
एतद्वारा पुष्टि / प्रमाणित करता / करती हूँ कि

1. विभाग का कार्य सुचारू रूप से चलाने के लिए  
..... (मद का नाम) अत्यन्त  
आवश्यक है / हैं।
2. उपर्युक्त मद की खरीद के संबंध में औचित्य की प्रति विधिवत टाइप एवं  
हस्ताक्षर करके एतद्वारा संलग्न है।
3. मद / मदें केवल रोगी देखभाल के लिए ही है/हैं।
4. उपकरण लगाए जाने / शुरू किए जाने के पश्चात इसे चलाने के लिए  
विभाग में पर्याप्त तकनीकी स्टाफ / चिकित्सक उपलब्ध है।
5. मद/मदों के संबंध में की गई तकनीकी विशिष्टि सामान्य है और व्यापक  
आधार पर दी गई है, जोकि किसी विशेष निर्माता/कम्पनी और मॉडल से  
संबंधित नहीं है (गैर स्वामित्व मद / वस्तु के लिए)
6. योजना / ड्राइंग / अनापत्ति, जहाँ अपेक्षित है, प्राप्त कर ली गई है।
7. पर्याप्त स्थान / जगह / क्षेत्र उपलब्ध है।
8. अपेक्षित आवश्यक कार्य (सिविल / वैद्युत) की पहचान कर ली गई  
है/तैयार कर दिया गया है और इसे आपूर्तिकर्ता / ठेकेदार को उपलब्ध  
करा दिया जाएगा।

विभागाध्यक्ष के मोहर  
सहित हस्ताक्षर

तारीख .....