

नेपाल नेत्रज्योति संघ, दाङ शाखा  
आँखा स्वास्थ्यकार्यक्रम राप्ती तथा बहादुरगंज  
(राप्ती आँखा अस्पताल, लमही आँखा अस्पताल, छन्द (कालेबाबु) नारायणी आँखा अस्पताल)  
सुचिकृत हनेबारे सूचना

प्रथम पटक प्रकाशित मिति २०८१।२।२९ गते

नेपाल नेत्रज्योति संघद्वारा संचालित यस राप्ती आँखा अस्पताल एवम अर्न्तगतका आँखा उपचार केन्द्रहरूको लागि आ.व.२०८१।०८२ मा आवश्यक पर्ने सर्जिकल सामग्री, सल्यक्रियाका लागि चाहिने लेन्स, क्लिनिकल ल्याव तथा रिएजेन्टका सामग्री, प्रिन्टिङ तथा स्टेशनरी सामग्री, इलेक्ट्रीकल तथा इलोकट्रोनिकस सामग्री, क्लिनिङ सप्लाइज तथा अफिस सप्लाइज सामग्री, शिविर र आन्तरिक प्रायोजनको लागि औषधीहरू चौमासिकरूपमा खरिद गर्ने योजना रहेकोले आपूर्ति गर्न इच्छुक इजाजत प्राप्त आपूर्तिकर्ताहरूबाट दररेट सहित सुचिकृत हुन यो सूचना प्रकाशित गरिएको छ।

१. इच्छुक फर्म, कम्पनी तथा संस्थाले दररेट सहित २०८१ अषाढ १७ गते दिउसो ४ बजे सम्म राप्ती आँखा अस्पताल वा छन्द (कालेबाबु) नारायणी आँखा अस्पताल वा लमही आँखा अस्पतालमा सुचिकृत भई सक्नुपर्ने छ। सो दिन विदा परेमा सोदिनको भोली पल्ट सोही समय भित्र सुचिकृत भई सक्नु पर्ने छ।
२. सुचिकृत भएका फर्म, कम्पनी तथा संस्थाहरूबाट अस्पतालको आवश्यकता बमोजिम अस्पतालले चौमासिक योजना अनुसार खरिद गर्न सक्ने छ।
३. प्रस्तावित दररेट कम्तीमा चार महिनाकोलागि मान्य हुने गरी प्रस्ताव पेश गर्नु पर्ने छ तर लामो अवधी सम्मको लागि प्रस्तावित भएको दररेट पेश गर्ने कम्पनी, फर्म तथा संस्थालाई प्राथमिकतामा राखिने छ।
४. विस्तृत शर्तहरू सुचिकृत फाराममा उल्लेख गरिएको छ।
५. सूचना प्रकाशित भएको मितिले २१ दिन भित्र अर्थात अषाढ १७ गते सांभको ४ बजे भित्र राप्ती आँखा अस्पताल वा छन्द (कालेबाबु) नारायणी आँखा अस्पताल वा लमही आँखा अस्पतालको प्रशासन शाखा बाट रु १५००।०० (एक हजार पांच सय) नगद तिरी वा राप्ती आँखा अस्पतालको राष्ट्रिय वाणिज्य बैंकको तुलसीपुर शाखाको खाता नं. ४१६०१००००४४३१००१ मा जम्मा गरेको भौचर पेश गरी सुचिकृत भई सक्नु पर्ने छ। सो दिन विदा परेमा सोदिनको भोली पल्ट सोही समय भित्र सुचिकृत भई सक्नु पर्ने छ।
६. अस्पतालको वेबसाईट ([www.raptieyehospital.org](http://www.raptieyehospital.org)) बाट पनी फाराम डाउनलोड गरी पैसा जम्मा गरेको भौचर संलग्न राखि निवेदन र फाराम बुझाउन सकिने छ।
७. सुचिकृत गर्ने वा नगर्ने वा यो सम्पूर्ण प्रकृत्यालाई अगाडी बढाउने वा रद्द गर्ने अधिकार खरिद तथा गुणस्तर निर्धारण समितिमा निहित हुनेछ।

थप जानकारीको लागि अस्पताल प्रशासन शाखामा सम्पर्क गर्न हुन अनुरोध छ।

खरिद तथा गुणस्तर निर्धारण समिति  
राप्ती आँखा अस्पताल  
तुलसीपुर, दाङ  
फोन नं. ०८२५२०३२२/५२०१६५

नेपाल नेत्रज्योति संघ  
दाङ शाखा  
आँखा स्वास्थ्य कार्यक्रम राप्ती तथा बहादुरगंज  
(राप्ती आँखा अस्पताल, लमही आँखा अस्पताल, छन्द(कालेबाबु) नारायणी आँखा अस्पताल)

सुचिकृत हनेबारे सूचना

प्रथम पटक प्रकाशित मिति २०८१।२।२९ गते

नेपाल नेत्रज्योति संघद्वारा संचालित यस राप्ती आँखा अस्पताल एवम अर्न्तगतका आँखा उपचार केन्द्रहरुको लागि आ.व.२०८१।०८२ मा आवश्यक पर्ने सर्जिकल सामग्री, सल्यक्रियाका लागि चाहिने लेन्स, क्लिनिकल ल्याव तथा रिएजेन्टका सामग्री, प्रिन्टिङ तथा स्टेशनरी सामग्री, इलेक्ट्रीकल तथा इलोकट्रोनिक्स सामग्री, क्लिनिङ सप्लाइज तथा अफिस सप्लाइज सामग्री, शिविर र आन्तरिक प्रायोजनको लागि औषधीहरु चौमासिकरुपमा खरिद गर्ने योजना रहेकोले आपूर्ति गर्न इच्छुक इजाजत प्राप्त आपूर्तिकर्ताहरुबाट निम्न शर्तहरुको पालना गर्ने गरी निवेदन र दररेट सहित सुचिकृत हुन अनुरोध छ ।

संलग्न हुनुपर्ने कागजातहरु तथा शर्तहरु :

१. इच्छुक फर्म, कम्पनी तथा संस्थाले दररेट सहित २०८१ अषाढ १७ गते दिउसो ४ बजे सम्म राप्ती आँखा अस्पताल वा छन्द(कालेबाबु) नारायणी आँखा अस्पताल वा लमही आँखा अस्पतालमा सुचिकृत भई सक्नुपर्ने छ । सो दिन विदा परेमा सोदिनको भोली पल्ट सोही समय भित्र सुचिकृत भई सक्नु पर्ने छ ।
२. सुचिकृत भएका फर्म, कम्पनी तथा संस्थाहरुबाट अस्पतालको आवश्यकता बमोजिम अस्पतालले चौमासिक योजना अनुसार खरिद गर्न सक्ने छ ।
३. प्रस्तावित दररेट कम्तीमा चार महिनाकोलागि मान्य हुने गरी प्रस्ताव पेश गर्नु पर्ने छ तर लामो अवधी सम्मको लागि प्रस्तावित भएको दररेट पेश गर्ने कम्पनी, फर्म तथा संस्थालाई प्राथमिकतामा राखिने छ ।
४. सामानको गुणस्तरलाई प्राथमिकतामा राखिने छ ।
५. फर्म/कम्पनी दर्ता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपी संलग्न गर्नु पर्ने छ ।
६. व्यवसाय दर्ता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपी संलग्न गर्नु पर्ने छ ।
७. प्यान /भ्याट दर्ताको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपी संलग्न गर्नु पर्ने छ ।
८. आर्थिक वर्ष २०७९/८० को करचुक्ताको प्रमाण पत्र संलग्न गर्नु पर्ने छ ।
९. आधिकारीक विक्रेताको हकमा आधिकारीक्ताको प्रमाण पत्र संलग्न गर्नु पर्ने छ ।
१०. सुचिकृत हुन चाहने फर्म, कम्पनी तथा संस्था, सम्बन्धित कार्यमा भाग लिन अयोग्य नभएको तथा कुनै स्वार्थ नबाभिएको, व्यवसाय सम्बन्धि कसुरमा हालसम्म कुनै सजाय नपाएको लिखित स्व:घोषणा अनिवार्य रूपमा पेश गर्नु पर्नेछ ।
११. यो सूचनामा उल्लेखित कागजात संलग्न नभएको, स्पेसिफिकेसन (संलग्न फारम) नभएको, रीत नपुगेको, म्याद नाघी वा कुनै शर्त राखेको सुचिकृत हुनको लागि पेश भएको निवेदन उपर कुनै कारवाही हुने छैन ।
१२. प्रस्तावित दररेट उल्लेख गर्दा मु.अ.क. बाहेकको रकम अंकमा स्पष्ट हुने गरी उल्लेख गर्नुपर्दछ । साथै प्रस्तावित फारममा प्रत्येक पानामा अनिवार्य रूपमा फर्म वा कम्पनीको आधिकारिक छाप र हस्ताक्षर गरेको हुनुपर्दछ ।

१४. दुवानीको भाडा अलगै उपलब्ध गराईने छैन ।
१५. सामानको म्याद सकिने मिति (Expiry Date) नजिकको रहेमा सटही गरिदिनुपर्ने छ ।
१६. सुचिकृत भएको कम्पनी, फर्म तथा संस्थाहरुबाट राप्ती आंखा अस्पताल, लमही आंखा अस्पताल र छन्द (कालेबाबु)नारायणी आंखा अस्पतालले एकमुष्ठ खरिद गर्ने नभई आवश्यकता बमोजिम माग गर्न सक्ने छ र सप्लायर्सहरुले उपलब्ध गराउन पर्ने छ ।
१७. माथिका शर्तहरु बाहेक अन्यशर्तहरु प्रचलित कानून अनुसार हुने छन् ।
१८. सूचना प्रकाशित भएको मितिले २१ दिन भित्र अर्थात अषाढ १७ गते सांझको ४ बजे भित्र राप्ती आंखा अस्पताल वा छन्द(कालेबाबु) नारायणी आंखा अस्पताल वा लमही आंखा अस्पतालको प्रशासन शाखा बाट रु १५००।०० (एक हजार पांच सय) नगद तिरी वा राप्ती आंखा अस्पतालको राष्ट्रिय वाणिज्य बैंकको तुलसीपुर शाखाको खाता नं. ४१६०१००००४४३१००१ मा जम्मा गरेको भौचर पेश गरी सुचिकृत भई सक्नु पर्ने छ । सो दिन विदा परेमा सोदिनको भोली पल्ट सोही समय भित्र सुचिकृत भई सक्नु पर्ने छ ।
१९. अस्पतालको वेबसाईट ([www.raptieyehospital.org](http://www.raptieyehospital.org)) बाट पनी फाराम डाउनलोड गरी पैसा जम्मा गरेको भौचर संलग्न राखि निवेदन र फाराम बुझाउनु सकिने छ ।
२०. सुचिकृत गर्ने वा नगर्ने वा यो सम्पूर्ण प्रकृत्यालाई अगाडी बढाउने वा रद्द गर्ने अधिकार खरिद तथा गुणस्तर निर्धारण समितिमा निहित हुनेछ ।

थप जानकारीको लागि अस्पताल प्रशासन शाखामा सम्पर्क गर्न हुन अनुरोध छ ।

थप जानकारीको लागि  
खरिद तथा गुणस्तर निर्धारण समिति  
राप्ती आंखा अस्पताल रक्षाचौर दाङ  
सम्पर्क नं. ०८२५२०३२२

उपरोक्त अनुसारको शर्तहरु मलाई, हामिलाई मञ्जूर छ ।

बोलपत्रदाताको

१) रजिष्टर्ड फर्मको नाम:

२) फर्मधनीको नाम:

३) पुरा स्थायी ठेगाना:

४) टेलिफोन नं.:

५) मोबाईल नं.:

६) मिति:

७) फर्मकोछाप:

नेपाल नेत्रज्योति संघ, दाङ शाखा  
आँखा स्वास्थ्य कार्यक्रम राप्ती तथा बहादुरगंज  
(राप्ती आँखा अस्पताल, लमही आँखा अस्पताल, छन्द(कालेबाबु) नारायणी आँखा अस्पताल)

श्री संयोजकज्यू  
खरिद तथा गुणस्तर निर्धारण समिति  
राप्ती आँखा अस्पताल  
तुलसीपुर, दाङ

महोदय,

मिति २०८१ जेष्ठ २९ गते प्रकाशित सूचना बमोजिम सुचिकृत फाराममा उल्लेखित शर्तहरू पुर्णत पालनागर्न मन्जुर गरी ..... सामाग्री तथा सेवा आपुर्ति गर्न शर्त एवं प्रचलित नियमको परिधिभित्र रहीकार्य गर्न ईच्छुक भएकोले निम्न विवरण बमोजिमको मेरो, हाम्रो फर्म, कम्पनी तथा संस्थालाई सुचिकृत गराईदिनहुन हार्दिक अनुरोध छ । साथै यसै निवेदन साथ रु १५००१०० जम्मा गरेको भौचर समेत समावेस गरेको जानकारी अनुरोध छ ।

१) रजिष्टर्ड फर्मको नाम:

२) फर्मधनीको नाम:

३) पुरा स्थायी ठेगाना:

४) टेलिफोन नं.:

५) मोबाईल नं.:

६) मिति:

७) फर्मकोछाप:

निवेदकको नाम:

दस्तखत: