

चौदण्डीगढी नगरपालिका
नगर कार्यपालिकाको कार्यालय

स्वास्थ्य शाखा
चौदण्डीगढी आधारभूत नगर अस्पताल

बेल्टार, कैलाली

कोशी प्रदेश

प. सं. : २०८०/८१

च. नं. :

मिति: २०८०/११/१६

विषय : आ.ब. २०८०/०८१ का लागि औषधि आपूर्ति सम्बन्धि सूचना ।

चौदण्डीगढी आधारभूत नगर अस्पताल साविक प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र बेल्टारको मिति २०८०/१०/०५ को अस्पताल संचालन तथा व्यवस्थापन समितिको निर्णय अनुसार निम्न शर्तहरू पालना हुने गरी यस अस्पतालको फार्मसी संचालनार्थ आ.ब. २०८०/०८१ का लागि आवश्यक बिमाको सम्पूर्ण औषधिहरू आपूर्ति गर्न इच्छुक वितरकहरूका लागि यो सार्वजनिक सूचना प्रकाशन गरिएको छ ।

शर्तहरू :-

१. औषधिको किसिम र प्रकार : अस्पताल अनुरूप माग भए बमोजिम बिमाको सम्पूर्ण किसिमका औषधिहरू आपूर्ति गर्नुपर्नेछ ।

२. औषधिको शुल्क : हरेक औषधिहरूमा रहेको M.R.P. मा कम्तिमा १३.७ प्रतिशत छुट दिनुपर्नेछ भने सोही औषधिमा सम्बन्धित कम्पनीद्वारा नियमानुसार प्रदान गरिने सबै बोनस औषधिहरू सोही बिलमा नै निःशुल्क उल्लेख गरि उपलब्ध गराउनु पर्नेछ । यसरी उपलब्ध गराउनु पर्ने बोनस औषधिहरू नियमानुसार उपलब्ध नगराइमा आपूर्तिकर्तालाई भुक्तानी दिनु पर्ने बाँकी रकम दिन अस्पताल बाध्य हुने छैन र व्यवस्थापन समितिको निर्णय अनुसार थप जरिवाना समेत गरिनेछ । निवेदनमा आपूर्तिकर्ताले M.R.P. मा उल्लेख गराउने छुट प्रतिशत अनिवार्य रूपमा उल्लेख गर्नुपर्नेछ ।

३. औषधि ढुवानी : आपतकालिन अवस्था बाहेक नियमित रूपमा कम्तिमा हप्तामा एक पटक अस्पतालबाट माग भए बमोजिमका औषधिहरू अस्पतालसम्म निःशुल्क रूपमा ढुवानी गरि दिनुपर्नेछ । आपूर्तिकर्ताले समयमा नै औषधि ढुवानी नगरि दिनाले सेवा प्रभावित भएमा समितिको निर्णयानुसार आपूर्तिकर्तालाई जरिवाना गरिनेछ ।

४. भुक्तानीको विषय :

क) अस्पतालसंग शुरु पुजि नभएको हुँदा, आपूर्तिकर्तालाई फार्मसीबाट हुदै जाने आम्दानी भुक्तानी दिदै गइनेछ । अस्पतालले लिनु पर्ने भुक्तानीहरू समयमा नै पुर्ण भुक्तानी प्राप्त नभएमा आर्थिक बर्ष सकिने बेलामा दिन बाँकी रकम लेखा परीक्षण दायित्वमा देखाइनेछ ।

ख) भुक्तानी दिदा सर्वप्रथम यसै प्रकृतिका साबिकका सम्भौताहरूलाई तिर्न बाँकी रहेको भुक्तानी दिन बाँकी रहेको भुक्तानी पश्चात मात्रै भुक्तानी दिन शुरु गरिनेछ ।

ग) आपूर्तिकर्ताले भुक्तानीका लागि अस्पताललाई दिने न्युनतम समयावधि निवेदनमा उल्लेख गर्नु पर्ने छ ।

५. आवश्यक कागजातहरू : कार्यालयमा निवेद दस्तुर र जमानत बापतको रकम बुझाए पश्चात दिइने निवेदन फारम पुर्ण रूपमा भरेर निवेदन दस्तुर रसिद र जमानत कागजात(PAN/VAT) दर्ताको प्रतिलिपी, संस्था / फर्म दर्ता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपी र नियमानुसार कर चुक्ता वा म्याद थपको पत्रको प्रतिलिपी पेश

✍

प्रमुख
नगर अस्पताल

गर्नु पर्नेछ । निवेदकले हालसम्म कुनै सहकारी संस्थामा आवश्यक औषधि आपूर्तिको अनुभव भएमा सो अनुभवको कागजात समेत पेश गर्नुहुन अनुरोध छ , अनुभवी निवेदकलाई प्राथमिता दिइनेछ । साथै निवेदकको मुख्य कार्यालय रहेको स्थानसम्म यस अस्पताल बीचको सडक दुरी समेत खुलाउनु पर्नेछ सबै भन्दा नजिकको निवेदकलाई प्राथमिकता दिइनेछ । निवेदक आफूले उपलब्ध गराउन सक्ने औषधिहरुको विवरण पनि निवेदनमा उल्लेख गर्नु पर्नेछ , आवश्यकता अनुरूप अस्पताल व्यवस्थापन समितिले माग गरे बमोजिमका थप कागजातहरु उपलब्ध गराउनु पर्नेछ ।

६. निवेदन दर्ताको तरिका र अन्तिम समय :

क) कार्यालयमा आएर इच्छुक आपूर्तिकर्ताले आवश्यक कागज पत्रहरु र निवेदन अस्पताल प्रशासन शाखामा निवेदन दस्तुर रु २००० (अक्षरूपी रु दुई हजार मात्र फिर्ता नहुने गरी) र जमानत वापतको रु २००० (अक्षरूपी दुई हजार मात्र फिर्ता नहुने गरी) कार्यालयको बिल काउन्टरमा बुझाएको रसिद सहित निवेदन दर्ता गराउनु पर्नेछ ।

ख. निवेदन दिने मिति २०८०।१।१६ गतेदेखि मिति २०८०।१।२०१ दिनको ४:०० बजेसम्म रहनेछ र सो मिति भन्दा पछाडी कुनै पनि निवेदन लिइनेछैन । निवेदन दिने दिन सार्वजनिक बिदा परेमा भोली पल्ट सोही समयसम्म निवेदन दिन सकिने छ ।

ग. बैंक खाताको विवरण :

अ) बैंकको नाम : राष्ट्रिय बाणिज्य बैंक, बेल्टार शाखा उदयपुर ।

आ) खाताको नाम: चौदण्डीगढी आधारभूत नगर अस्पताल संचालन तथा व्यवस्थापन समिति बेल्टार

इ) बैंक खाता नं. २३७०१००००३६४०००१ (2370100003640001)

७. औषधि आपूर्तिकर्ताले अस्पतालद्वारा माग भए अनुरूप कुनै औषधि उपलब्ध गराउन नसके जुनसुकै समयमा अस्पतालले अन्य संस्था वा फर्मसंग पनि खरिद गर्न सक्नेछ ।

८. इच्छुक आपूर्तिकर्ताले आफ्ना थप केहि प्रस्तावहरु भए टेन्डर/निवेदनमा नै उल्लेख गरि प्रस्ताव गर्न सकिनेछ ।

९. आपूर्तिकर्ताको निवेदनमा माथि उल्लेखित बुदा नं. १,२,३,४,५ लगायतका सबै विषय अध्ययन गरि सहज एबम् नियमित रुपमा आपूर्ति गर्न सक्ने आधार अनुसार आपूर्तिकर्ताको छनौट गरिनेछ । बुदा नं. २ लाई मात्र छनौटको आधार मानिने छैन । छनौट सम्बन्धि निर्णय गर्ने सम्पूर्ण अधिकार अस्पताल संचालन तथा व्यवस्थापन समितिमा निहित रहनेछ । आपूर्तिकर्ता छनौट सम्बन्धि थप सूचना पछि प्रकाशन गरिनेछ । आवश्यक जानकारीको लागि चौदण्डीगढी नगरपालिका आधारभूत नगर अस्पताल प्रशासन शाखा सम्पर्क नं.०३५४४०१६४ वा beltarphcstore@gmail.com, phc994467@gmail.com

बोधार्थ :

क) चौदण्डीगढी नगरपालिका प्रशासन शाखा Web site मा यो सूचना राखिदिनु हुन अनुरोध छ ।

ख) चौदण्डीगढी नगरपालिका स्वास्थ्य शाखा



प्रमुख
नगर अस्पताल
बेल्टार