

शासकीय होम्योपैथिक चिकित्सा महाविद्यालय एवं चिकित्सालय

आयुष परिसर कलियासोत डेम के किनारे एम.ए.सी.टी हिल्स, भोपाल

क्रमांक/ क्रय/लैब जॉच/24/96-101

भोपाल, दिनांक: 15/03/2024.

प्रति,

आयुक्त महोदय,

जन सम्पर्क संचालनालय

बाणगंगा, भोपाल

विषय— विज्ञप्ति प्रकाशित करने विषयक।

—00—

उपरोक्त विषय में शासकीय होम्योपैथिक चिकित्सा महाविद्यालय, भोपाल में संचालित Ayurswasthya Yojana-PHI प्रोजेक्ट जिरियाट्रिक इकाई में रिसर्च में एनरोल मरीजों की कुछ जॉचे बाहार में कराया जाना है, लैब जॉच की दर बंद लिफाफे में प्राप्त करने हेतु विज्ञप्ति को जारी किया जाना है। इस हेतु विज्ञप्ति सूचना स्थानीय दैनिक समाचार पत्र में प्रकाशित कराने का कष्ट करें तथा प्रकाशित विज्ञप्ति की एक प्रति इस कार्यालय को भी उपलब्ध कराने का कष्ट करें।
संलग्न – निविदा सूचना



(डॉ.एस.के मिश्रा)

प्रधानाचार्य एवं सीईओ

शासकीय होम्योपैथिक चिकित्सा

महाविद्यालय एवं चिकित्सालय, भोपाल (म0प्र0)

भोपाल, दिनांक: 15/03/2024.

क्रमांक/ क्रय/लैब जॉच/24/96-101

प्रतिलिपि— सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु।

1. आयुक्त महोदय संचालनालय आयुष मध्य प्रदेश शासन, भोपाल।
2. अध्यक्ष क्रय समिति स्थानीय महाविद्यालय की ओर भेजकर लेख है कि समिति के सदस्यों के साथ प्रकाशित विज्ञप्ति में नियत तिथि तथा समय के अनुरूप विज्ञप्ति खोलने की नियमानुसार कार्यवाही करें।
3. अधीक्षक चिकित्सालय एवं प्रभारी जरा रोग इकाई स्थानीय चिकित्सालय, भोपाल।
4. लेखा/ स्टोर कॉलेज कक्ष स्थानीय महाविद्यालय, भोपाल।
5. नोडल अधिकारी, वेबसाइट की ओर भेजकर लेख है कि विज्ञप्ति को कॉलेज की वेबसाइट में अपलोड करने की कार्यवाही करें।



प्रधानाचार्य एवं सीईओ

शासकीय होम्योपैथिक चिकित्सा महाविद्यालय

एवं चिकित्सालय, भोपाल (म0प्र0)

शासकीय होम्योपैथिक चिकित्सा महाविद्यालय एवं चिकित्सालय

आयुष परिसर कलियासोत डेम के किनारे एम.ए.सी.टी हिल्स,भोपाल

क्रमांक/ कय/लैब जॉच/24/96-101

भोपाल,दिनांक: 15/03/2024

::विज्ञप्ति::

शासकीय होम्योपैथिक चिकित्सा महाविद्यालय,भोपाल में संचालित Ayurswasthya Yojana-PHI प्रोजेक्ट जिरियाट्रिक इकाई में रिसर्च में एनरोल मरीजों की कुछ जाँचे बाहार में कराये जाने हेतु दर प्रस्ताव बंद लिफाफे में दिनांक 04/04/2024 को 3.00 बजे तक आमंत्रित हैं, इस हेतु दिनांक 04/04/2024 को 02.00 बजे तक निविदा महाविद्यालय से रुपये एक हजार मात्र जमा कर प्राप्त की जा सकती है, निविदा दिनांक 04/04/2024 को अपरान्ह 04.00 बजे खोली जायेगी तदसमय निविदादाता स्वयं उपस्थित रह सकते हैं। न्यूनतम दरें 31/03/2025 तक प्रभावशील रहेंगी तथा उभयपक्ष की सहमति से इन्ही दरों को आगामी वर्ष के लिये भी मान्य किया जा सकता है। निविदा के संबंध में अधोहस्ताक्षरकर्ता का निर्णय अन्तिम व सर्वमान्य होगा।



(डॉ.एस.के मिश्रा)

प्रधानाचार्य एवं सीईओ

शासकीय होम्योपैथिक चिकित्सा
महाविद्यालय एवं चिकित्सालय,भोपाल (MOPRO)

प्रारूप

रुपये 1000/- मात्र

:: महाविद्यालय से सम्बद्ध चिकित्सालय के लिये से लैब जाँच प्राप्त करने का निविदा पत्रः

1. निविदाकर्ता का नाम
2. पता
3. टेलीफोन एवं मोबाइल नंबर : टेलीफोन.....
मेबाइल नं0.....
4. संपर्क व्यक्ति का नाम एवं पता:
-
टेलीफोन.....
मेबाइल नं0.....
5. निविदा प्रपत्र मूल्य.....
6. लैब जाँच विवरण

क	विवरण	मात्रा	दर रुपये में
1	2	3	4
1	HbA1C test	प्रति टेस्ट	
2	PSA TEST	प्रति टेस्ट	
3	UROFLOWMETRY TEST	प्रति टेस्ट	
4	CT (MRI)	प्रति टेस्ट	
5	ANA test	प्रति टेस्ट	
6	VITAMIN-D	प्रति टेस्ट	
7	VITAMIN – B-12	प्रति टेस्ट	
8	SPIROMETRY (PFT)	प्रति टेस्ट	
9	BONE DENSITY	प्रति टेस्ट	
10	T3, T4, TSH	प्रति टेस्ट	
11	Free T3, T4, TSH	प्रति टेस्ट	
12	FSH	प्रति टेस्ट	
13	LH	प्रति टेस्ट	
14	ANTI CCP	प्रति टेस्ट	
15	URINE CULTURE	प्रति टेस्ट	
16	TESTOSTERONE HORMONE TEST	प्रति टेस्ट	
17	ESTROGEN TEST	प्रति टेस्ट	
18	ASO TITRE (Turbidimetry)	प्रति टेस्ट	
19	CA 125	प्रति टेस्ट	
20	CULTURE & SENSITIVITY (ALL TYPE)	प्रति टेस्ट	
21	CORTISOL	प्रति टेस्ट	
22	FERRITIN	प्रति टेस्ट	
23	GLYCOSYLATED HEA MOGLOBIN (A1C)	प्रति टेस्ट	
24	HIV (1&2) [QUALITATIVE]	प्रति टेस्ट	

.....2

1	2	3	4
25	HB ELECTROPHORESIS	प्रति टेस्ट	
26	INSULIN TEST	प्रति टेस्ट	
27	IgE	प्रति टेस्ट	
28	PROGESTERONE	प्रति टेस्ट	
29	PROLACTIN	प्रति टेस्ट	
30	PSA	प्रति टेस्ट	
31	FREE PSA	प्रति टेस्ट	
32	TESTOSTERON	प्रति टेस्ट	
33	TORCH-IgG & IgM	प्रति टेस्ट	

नोट निम्नलिखित दस्तावेज एवं (मशीनो के नाम, डॉक्टर का नाम / सर्टिफिकेट) की छायाप्रति संलग्न करना अनिवार्य है -

1. लैब से संबंधित समस्त दस्तावेज एवं रजिस्ट्रेशन नंबर
2. SPIROMETRY (PFT) टेस्ट से संबंधित समस्त दस्तावेज
3. UROFLOWMETRY TEST टेस्ट से संबंधित समस्त दस्तावेज
4. CT (MRI) टेस्ट से संबंधित समस्त दस्तावेज

हस्ताक्षर.....
नाम प्रोपराईटर

पता स्पष्ट शब्दों में

.....

दूरभाष क्रमांक

मोबाइल नं0.....

जीएसटी नं0.....