ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲಾ ಪಂಚಾಯತ್/ಜಿಲ್ಲಾ ಕುಷ್ಠರೋಗ ನಿವಾರಣಾಧಿಕಾರಿಯವರ ಕಛೇರಿ
ಜಿಲ್ಲಾ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಾಧಿಕಾರಿಯವರ ಕಚೇರಿ
ಜಿಲ್ಲಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ವ್ಯವಸ್ಥಾಪಕರ(ಡಿಬಿಸಿಎಸ್) ಕಚೇರಿ
ಲೇಡಿಹಿಲ್ ವೃತ್ತ ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ, ಮಂಗಳೂರು –575006
ದೂರವಾಣಿ: 0824-2951381
Email:dmhpdkannada@gmail.com

ನಂ.ಜಿಮಾಆಕ/ಡ್ರಗ್ಸ್/ದಕ/06/2025–26

ದಿನಾಂಕ:25–09–2025

ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಡಿಯಲ್ಲಿ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸಲು Manual ಟೆಂಡರ್/ದರಪಟ್ಟಿ ಆಹ್ವಾನ

ಬಿಡ್‌ದಾರರ ಸಹಿ ಮತ್ತು ಮೊಹರು

ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲಾ ಪಂಚಾಯತ್/ಜಿಲ್ಲಾ ಕುಷ್ಠರೋಗ ನಿವಾರಣಾಧಿಕಾರಿಯವರ ಕಛೇರಿ
ಜಿಲ್ಲಾ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಾಧಿಕಾರಿಯವರ ಕಚೇರಿ
ಜಿಲ್ಲಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ವ್ಯವಸ್ಥಾಪಕರ(ಡಿಬಿಸಿಎಸ್) ಕಚೇರಿ
ಲೇಡಿಹಿಲ್ ವೃತ್ತ ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ, ಮಂಗಳೂರು -575006

ದೂರವಾಣಿ: 0824-2951381 **Email:dmhpdkannada@gmail.com**

ಸಂ.ಜಿಮಾಆಕ/ಡ್ರಗ್/ದಕ/06/2025-26 ದಿನಾಂಕ:25-09-2025

Manual ಟೆಂಡರ್/ದರಪಟ್ಟಿ ಪ್ರಕಟಣೆ

ವಿಷಯ: ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಡಿಯಲ್ಲಿ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಖರೀದಿಸಲು ಪೂರೈಸಲು Manual ಟೆಂಡರ್/ದರಪಟ್ಟಿ ಆಹ್ವಾನಿಸಿರುವ ಬಗ್ಗೆ

ಉಲ್ಲೇಖ:1)ಮಾನ್ಯ ಅಭಿಯಾನ ನಿರ್ದೇಶಕರು,ಎನ್.ಹೆಚ್.ಎಂ ಹಾಗೂ ಉಪನಿರ್ದೇಶಕರು, ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ವಿಭಾಗ ಇವರ ಜಂಟಿ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿ ಸಂಖ್ಯೆ:ಡಿಡಿ/ಮೆಂಟಲ್ ಹೆಲ್ತ್/04/2024-25, (ಇ-1417341),ದಿ.30/07/2025

2)ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕು.ಕ.ಅಧಿಕಾರಿಗಳು,ದ.ಕ,ಮಂಗಳೂರು ಇವರ ಕಡತ ಅನುಮೋದನೆ ದಿ.24/09/2025

****

ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಜಿಲ್ಲೆಯ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಆರೋಗ್ಯ ಅಭಿಯಾನದ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಡಿಯಲ್ಲಿ ನಡೆಸುವ ಮನೋಚೈತನ್ಯ ಶಿಬಿರಗಳಿಗೆ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಪೂರೈಸಲು ಅರ್ಹ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಂದ Manual ಟೆಂಡರ್/ದರಪಟ್ಟಿ ಆಹ್ವಾನಿಸಲಾಗಿದೆ. The District Mental Health Programme Officer, District Health and Family Welfare Society, D.K, Mangaluru (ಜಿಲ್ಲಾ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಾಧಿಕಾರಿ, ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕು.ಕ.ಸೊಸೈಟಿ,ದ.ಕ,ಮಂಗಳೂರು) ಇವರ ಹೆಸರಿನಲ್ಲಿ ಮೊಹರಾದ ಟೆಂಡರ್ ಲಕೋಟೆಯನ್ನು ದಿನಾಂಕ 04/10/2025 ರ ಪೂರ್ವಾಹ್ನ 11.00 ಗಂಟೆಯೊಳಗಾಗಿ ದರಪಟ್ಟಿಯನ್ನು ಈ ಕಛೇರಿಗೆ ಸಲ್ಲಿಸತಕ್ಕದ್ದು.

ದರಪಟ್ಟಿ ಜೊತೆ ಸಲ್ಲಿಸಬೇಕಾದ ದಾಖಲಾತಿಗಳು:

1. ಜಿ.ಎಸ್.ಟಿ. ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ
2. ಪ್ಯಾನ್ ಕಾರ್ಡ್
3. ಲೆಟರ್‌ಹೆಡ್‌ನಲ್ಲಿ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಸಂಪೂರ್ಣ ವಿವರ
4. valid drug license certificate
5. ಲೆಟರ್‌ಹೆಡ್‌ನಲ್ಲಿ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಆರ್ಥಿಕ ಬಿಡ್

ಬಿಡ್‌ದಾರರ ಸಹಿ ಮತ್ತು ಮೊಹರು

ಜಿಲ್ಲಾ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಾಧಿಕಾರಿ
ದ.ಕ ಮಂಗಳೂರು.

ಪ್ರತಿಯನ್ನು:

1.ಉಪನಿರ್ದೇಶಕರು, ಇ–ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕು.ಕ ಸೇವೆಗಳ ನಿರ್ದೇಶನಾಲಯ, ಬೆಂಗಳೂರು, ಇವರಿಗೆ ಮಾಹಿತಿಗಾಗಿ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯ ಜಾಲತಾಣದಲ್ಲಿ (website) ಪ್ರಕಟಿಸಲು ಕೋರಿದೆ.

2.ಜಿಲ್ಲಾಧಿಕಾರಿಯವರ ಕಛೇರಿ, ದ.ಕ ಮಂಗಳೂರು, ಇಲ್ಲಿಯ ನೋಟೀಸ್ ಬೋರ್ಡುಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟಿಸಲು ಕೋರಲಾಗಿದೆ.

3.ಮುಖ್ಯ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಣಾಧಿಕಾರಿಯವರ ಕಛೇರಿ, ದ.ಕ ಮಂಗಳೂರು, ಇಲ್ಲಿಯ ನೋಟೀಸ್ ಬೋರ್ಡುಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟಿಸಲು ಕೋರಲಾಗಿದೆ.

4.ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕು.ಕ ಅಧಿಕಾರಿಯವರ ಕಛೇರಿ, ದ.ಕ ಮಂಗಳೂರು ಇಲ್ಲಿಯ ನೋಟೀಸ್ ಬೋರ್ಡುಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟಿಸಲು ಕೋರಿದೆ.

5.ಎಲ್ಲಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಅನುಷ್ಠಾನಾಧಿಕಾರಿಗಳಿಗೆ, ತಮ್ಮ ಕಛೇರಿಯ ನೋಟೀಸ್ ಬೋರ್ಡುಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟಿಸಲು ಕೋರಿದೆ.

6.ಕಛೇರಿ ಕಡತಕ್ಕೆ.

ದರಪಟ್ಟಿ ನಿಬಂಧನೆಗಳು

1. ಯಾವುದೇ ಸೂಚನೆಗಳನ್ನು ನೀಡದೇ ದರಪಟ್ಟಿಗಳನ್ನು ಅಂಗೀಕರಿಸುವ/ತಿರಸ್ಕರಿಸುವ ಹಕ್ಕು ಸಮಿತಿಗೆ ಇರುತ್ತದೆ.
2. ದರಗಳನ್ನು ಸೂಚಿಸುವಾಗ ತೆರಿಗೆ, ಸಾಗಾಟ ಇತ್ಯಾದಿ ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು ಸೇರಿಸಿ ನಮೂದಿಸಬೇಕು. ನಮೂದಿಸದಿದ್ದಲ್ಲಿ, ಹಾಲಿ ಸೂಚಿಸಿರುವ ದರವು ಎಲ್ಲವೂ ಸೇರಿರುವುದಾಗಿ ಭಾವಿಸಲಾಗುವುದು.
3. ಸಂಸ್ಥೆಯು ದರಗಳನ್ನು ಸೂಚಿಸುವ ವಸ್ತುಗಳಿಗೆ **Normal Commercial Warranty/ Guarantee shall** be **applicable to the supplied goods** for 1 year ಎಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುವುದು.
4. ಸರಬರಾಜು ಆದೇಶದಲ್ಲಿ ಐಟಂಗಳ ಪ್ರಮಾಣವು ಹೆಚ್ಚಾಗಬಹುದು/ಕಡಿಮೆಯಾಗಬಹುದು. ಎಂಬ ನಿಬಂಧನೆ ಗೊಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ.
5. ಐಟಂ (ಔಷಧಿ) ಗಳ **Lifetime value** 75% ಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರಬೇಕು.
6. ಅನುದಾನಗಳ ಲಭ್ಯತೆಗೆ ಅನುಸಾರವಾಗಿ ಐಟಂಗಳನ್ನು ಖರೀದಿಸಲಾಗುವುದು ಎಂಬ ನಿಬಂಧನೆಗೊಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ.
7. ದರಪಟ್ಟಿದಾರರು ದರಪಟ್ಟಿ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಖರೀದಿಸಲಾಗುವ ಐಟಂಗಳ ಗುಣಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ಸಮರ್ಪಕವಾಗಿ ಸರಬರಾಜು ಮಾಡದ ಕಾರಣಗಳಿಂದ, ಸರಬರಾಜು ಮಾಡುವ ಐಟಂಗಳನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುವ/ನಿರಾಕರಿಸುವ ಹಕ್ಕನ್ನು ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸೊಸೈಟಿ, ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ. ಹೊಂದಿರುತ್ತದೆ.
8. ಐಟಂಗಳನ್ನು ಆದೇಶ ನೀಡಿದ ಒಂದು ವಾರದ ಒಳಗಾಗಿ ಸರಬರಾಜು ಮಾಡತಕ್ಕದ್ದು.
9. ದರಪಟ್ಟಿ ನೀಡುವ ಸಂಸ್ಥೆಯು ಸ್ಪೆಸಿಫಿಕೇಶನ್ ಪ್ರಕಾರ ಸರಬರಾಜು ಮಾಡತಕ್ಕದ್ದು, ತಪ್ಪಿದ್ದಲ್ಲಿ ಸರಬರಾಜು ಮಾಡಿದ ನಂತರವು ಸಹ ತಿರಸ್ಕರಿಸುವ ಹಕ್ಕನ್ನು ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸೊಸೈಟಿ, ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ. ಹೊಂದಿರುತ್ತದೆ.
10. ದರಗಳು ಸಮಾನವಾದಲ್ಲಿ ನೆಗೋಷಿಯೇಷನ್ ಅಥವಾ ಚೀಟಿ ಎತ್ತುವ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆ ಅಥವಾ ಹೆಚ್ಚಿನ ಆರ್ಥಿಕ ವ್ಯವಹಾರ ಅಥವಾ ಹೆಚ್ಚಿನ ಅನುಭವ (ಸರ್ಕಾರಿ/ಅರೆಸರ್ಕಾರಿ)ಆಧಾರದಲ್ಲಿ ಸಂಸ್ಥೆಯನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡುವ ಅಧಿಕಾರ ಸಮಿತಿಗೆ ಇರುತ್ತದೆ.
11. ದರಪಟ್ಟಿಯಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸಿ ಟೆಂಡರ್ ಅಂಗೀಕಾರ ಪಡೆದವರು ತಮ್ಮ ಸ್ವಂತ ಸಾಗಾಣಿಕೆಯ ವೆಚ್ಚದಲ್ಲಿ ಸರಬರಾಜು ಮಾಡತಕ್ಕದ್ದು.
12. ದರಪಟ್ಟಿದಾರರು ದರಪಟ್ಟಿಯಲ್ಲಿ ಕೇಳಲಾದ ಎಲ್ಲಾ ದಾಖಲೆಗಳ ದೃಡೀಕೃತ ಪ್ರತಿಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸುವುದು.
13. ದರಪಟ್ಟಿದಾರರು ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಿದ ನಿಬಂಧನೆಗಳ ಹೊರತಾಗಿಯೂ ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸೊಸೈಟಿ, ದಕ್ಷಿಣ ಕನ್ನಡ ಇದರ ಖರೀದಿ ಸಮಿತಿಯ ನಿರ್ಧಾರವೇ ಅಂತಿಮವಾಗಿರುತ್ತದೆ.

ಜಿಲ್ಲಾ ಮಾನಸಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಾಧಿಕಾರಿ
ದ.ಕ ಮಂಗಳೂರು.

ಸಂಸ್ಥೆಯ ಲೆಟರ್‌ಹೆಡ್‌ನಲ್ಲಿ ನೀಡುವುದು.

ಅನುಬಂಧ-(ಎ)

ಘೋಷಣಾ ಪತ್ರ

ದರಪಟ್ಟಿ ಪ್ರಕರಣೆ ಸಂಖ್ಯೆ:

ಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ

ಮೆ:____

____ ಆದ ನಾವು ಈ ಮೂಲಕ ಬರೆದು ಕೊಡುವ ಮುಚ್ಚಳಿಕೆ ಏನೆಂದರೆ,

1. ನಾವು ದರಪಟ್ಟಿಯ ಎಲ್ಲಾ ಷರತ್ತುಗಳಿಗೆ ಮತ್ತು ಕಚೇರಿಯ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರು ಆಗಾಗ ನೀಡುವ ಆದೇಶಗಳಿಗೆ ಬದ್ಧರಾಗಿರುತ್ತೇವೆ.
2. ನಮ್ಮ ಸಂಸ್ಥೆಯನ್ನು ಯಾವುದೇ ರಾಜ್ಯ/ಕೇಂದ್ರ ಸರ್ಕಾರ/ಅರೆ ಸರ್ಕಾರಿ ಸಂಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಕಪ್ಪು ಪಟ್ಟಿಗೆ ಸೇರಿಸಿರುವುದಿಲ್ಲ ಅಥವಾ ಡಿಫಾಲ್ಟರ್ ಎಂದು ಪರಿಗಣಿಸಿಲ್ಲ.
3. ದರಪಟ್ಟಿಯಲ್ಲಿ ನೀಡಿರುವ ಮಾಹಿತಿಗಳು ತಿಳಿದೋ ಅಥವಾ ತಿಳಿಯದೋ ತಪ್ಪಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ ನನ್ನ ದರಪಟ್ಟಿಯನ್ನು ತಿರಸ್ಕರಿಸಬಹುದು.
4. ಶಾಸನಬದ್ಧ ಪಾವತಿಗಳಾದ ಜಿ.ಎಸ್.ಟಿ. ಆದಾಯ ತೆರಿಗೆ ಮತ್ತು ಇತರೆ ತೆರಿಗೆಗಳನ್ನು ನಿಗದಿಯಂತೆ ಪಾವತಿ ಮಾಡಲು ಬದ್ಧರಾಗಿರುತ್ತೇವೆ. ಮತ್ತು ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಕಚೇರಿಗೆ ನೀಡುತ್ತೇವೆ.
5. ದರದ ಬಗ್ಗೆ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಾಜ್ಯ ಬಂದಲ್ಲಿ ನಾವೇ ಬಗೆಹರಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತೇವೆ.

ಈ ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಿರುವ ಮಾಹಿತಿ ಸತ್ಯವಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಪಾಲನೆ ಮಾಡುತ್ತೇನೆ. ಸುಳ್ಳೆಂದು ಸಾಬೀತಾದರೆ/ಪಾಲಿಸದಿದ್ದರೆ ನಿಯಮಾನುಸಾರ ಟೆಂಡರ್ ರದ್ದುಪಡಿಸಲು ಕ್ರಮ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಕಟ್ಟುನಿಟ್ಟಾಗಿ ಪಾಲಿಸಲು ನಾವು ಬದ್ಧರಾಗಿರುತ್ತೇವೆ.

ದರಪಟ್ಟಿದಾರರ ಸಹಿ ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ

ದಿನಾಂಕ:

ಸ್ಥಳ:

Financial Bid Cover-2

A	*B*	*C*	D	E	F	G
Sl.	*Items Name*	*Specification*	Unit of Measurement	Rate per Unit (Rs) (Inclusive of all taxes)	Approximate requirement	Total cost
1	TABLET ZOLPIDEM	10 MG	1 Tablet		2000	
2	TABLET CLONAZEPAM	0.5 MG	1 Tablet		6000	
3	TABLET CLONAZEPAM	0.25 MG	1 Tablet		5000	
4	TABLET PAROXETINE CR	25 MG	1 Tablet		5000	
5	TABLET ATOMOXETINE	18 MG	1 Tablet		2000	
6	TABLET THIAMINE	100 MG	1 Tablet		6000	
7	TABLET DONEPEZIL	5 MG	1 Tablet		1000	
8	TABLET QUETIAPINE SR	200 MG	1 Tablet		4000	
9	TABLET QUETIAPINE SR	100 MG	1 Tablet		2000	
10	TABLET QUETIAPINE SR	50 MG	1 Tablet		5000	
11	TABLET OXCARBAZEPINE	300 MG	1 Tablet		2000	
12	CAPSULE FLUOXETINE	20 MG	1 Tablet		1000	
13	TABLET DESVENLAFAXINE	100 MG	1 Tablet		2000	
14	TABLET MIRTAZAPINE	15 MG	1 Tablet		2500	
15	TABLET DULOXETINE	20 MG	1 Tablet		10000	
16	TABLET SERTRALINE	100 MG	1 Tablet		5000	
17	TABLET AMISULPRIDE	200 MG	1 Tablet		12000	
18	TABLET SODIUM	250 MG	1 Tablet		2000	
19	TABLET SODIUM	500 MG	1 Tablet		4000	
20	TABLET ESCITALOPRAM	10 MG	1 Tablet		3000	
21	TABLET PROPRANOLOL	20 MG	1 Tablet		3000	
22	TABLET CLOZAPINE	25 MG	1 Tablet		2000	
23	TABLET CLOZAPINE	100 MG	1 Tablet		5000	
24	TABLET LITHIUM SR	300 MG	1 Tablet		5000	
25	TABLET RISPERIDONE	2 MG	1 Tablet		1000	
26	TABLET OLANZAPINE	10 MG	1 Tablet		1000	
27	TABLET PREGABALIN	75 MG	1 Tablet		3000	
28	TABLET HALOPERIDOL	10 MG	1 Tablet		2000	
29	TABLET TRIHEXYPHENIDYL	2 MG	1 Tablet		1000	
30	TABLET LORAZEPAM	2 MG	1 Tablet		1000	
31	CAPSULE BACLOFEN	20 MG	1 Tablet		2000	
32	TABLET ARIPIPRAZOLE	15 MG	1 Tablet		12000	
33	TABLET DISULFIRAM	250 MG	1 Tablet		-	

34	TABLET NALTREXONE	50 MG	1 Tablet		3000	
35	TABLET CLONIDINE	100 MCG	1 Tablet		-	
36	TABLET VITAMIN E	400 MG	1 Tablet		1000	
37	TABLET B-COMPLEX		1 Tablet		2000	
38	INJ PHENERGAN	25 MG	1 Bottle		-	
39	INJ FLUPHENAZINE	25 MG	1 Bottle		-	
40	LIQUID RISPERIDONE	60 ML	1 Bottle		-	
41	SYRUP VALPORATE	100 ML	1 Bottle		-	
42	TABLET CLOBAZAM	10 MG	1 Tablet		1000	
43	TABLET LEVETIRACETAM	500 MG	1 Tablet		1000	
44	TABLET ESCITALOPRAM	5 MG	1 Tablet		1000	
45	TABLET DONEPEZIL	10 MG	1 Tablet		2000	

Seal and Signature