



महाराष्ट्र शासन

शासकीय वैद्यकीय महाविद्यालय, अलिबाग, जि. रायगड.

जिल्हा सामान्य रुग्णालय परिसर, बीच रोड, लिमये वाडी, अलिबाग, जि. रायगड - ४०२ २०१

GOVERNMENT MEDICAL COLLEGE, ALIBAG - RAIGAD

DISTRICT CIVIL HOSPITAL AREA, ALIBAG BEACH ROAD, LIMYEWADI, ALIBAG DIST. RAIGAD - 402 201

Email- deangmcalibag@gmail.com

Phone No. 02141-299214

www.gmchalibag.in/gmch

जा. क्र. शावैमअ/दरपत्रक/ Bill Stamp / दरपत्रक / २४८० / २०२४

दिनांक. ०१.१०.२०२४

दरपत्रक मागणी पत्र.

विषय :- शासकीय वैद्यकीय महाविद्यालय, अलिबाग-रायगड येथील कामकाजासाठी आवश्यक Pass for Payment Bill Stamp करीता दरपत्रके मोहोरबंद लिफाफे सादर करणेबाबत.

शासकीय वैद्यकीय महाविद्यालय, अलिबाग-रायगड येथील प्रशासकीय कामकाजासाठी नवीन स्टॅम्प बनवण्याची आवश्यकता आहे. Pass for Payment Bill Stamp चे दोन प्रकारचे नमुने सोबत जोडले आहेत. त्या अनुषंगाने खालील नमुन्यात मोहोरबंद लिफाफा विहित मुदतीत या कार्यालयाच्या आवक शाखेत खालील अटी व शर्ती नुसार सादर करावेत.

Sr. No.	Particulars	Quantity	Unit Price
1	Machinery / Equipment (Format attach)	1 Nog	Including all taxes
2	Articles (Format attach)	1 Nog	
	Including all taxes		Total

अ.नं.

१. दरपत्रक मोहोरबंद लिफाफा, दि.०८/१०/२०२४ रोजी ०५:०० वाजेपर्यंत कार्यालयास पोहचतील या बेताने पाठवावे. जाहीर केलेल्या तारखेनंतर अथवा कार्यालयीन वेळेनंतर आलेले दरपत्रक विचारत घेतले जाणार नाही / ग्राह्य धरले जाणार नाही.
२. दरपत्रक मोहोरबंद लिफाफा अधिष्ठाता, शासकीय वैद्यकीय महाविद्यालय, अलिबाग, जि. रायगड यांचे नावे विहित मुदतीत कार्यालयास सादर करावा. त्याचप्रमाणे दरपत्रक मोहोरबंद लिफाफयावर प्रशासकीय विभागा करीता दरपत्रक लिहून सादर करावे.
३. लिफाफयावर डाव्या बाजूस दरपत्रक, लिफाफा जमा करण्याचा अंतिम दिनांक, दरपत्रक धारकाच्या नावाचा शिक्का इ. नमुद असणे आवश्यक आहे.
४. दरपत्रक ग्राह्य कालावधी हा पुरवठा आदेश नोंदविलेल्या दिनांका पासून सहा (०६) महिन्यांचा राहिल.

५. प्रस्तावित उदिदष्टांकरिता दरपत्रक आकारण्यात आलेले दर हे बाजारभावापेक्षा अधिक नसावेत. सर्वात कमीतकमी दराचे दरपत्रकाचा विचार करण्यात येईल.
६. सदर उदिदष्टांची किंमत, सर्व करांसहीत एकुण किंमत अशी दर्शविण्यात यावी. दरपत्रकात खाडाखोड करण्यात येवू नये.
७. दरपत्रक माहोरबंद लिफाफ्यात सादर करावयाचे दस्तावेज (Documents) अधिकृत लेटर हेडवर दरपत्रक सादर करावे. १) दुकानाचा परवाना, २) व्यवसाय नोंदणी प्रमाणपत्र, ३) जी.एस.टी. क्रमांक पत्र.
८. सदरील दरपत्रक प्रिंटेड व including GST(All taxes) स्वरूपात असावेत.
९. ज्या पात्र दरपत्रक धारकाचे दर हे न्यूनतम असतील अशा यशस्वी दरपत्रक धारकास आवश्यकते नुसार Pass for Payment Bill Stamp पुरवठा करण्याचे आदेश देण्यात येतील.
१०. अपवादात्मक परिस्थितीमुळे उक्त कोणत्याही अटीत आवश्यकतेनुसार अंशतः बदल करणे अथवा प्राप्त झालेली दरपत्रके कोणतेही कारण न देता स्वीकारणे/नाकारणे तसेच कोणतेही स्तरावर खरेदी प्रक्रिया रद्द करणे इ. अधिकार संस्थाप्रमुख (अधिष्ठाता) यांनी राखून ठेवले आहेत.
११. काम पूर्ण झाल्यानंतर तीन प्रतीत देयकेही अधिष्ठाता, शासकीय वैद्यकीय महाविद्यालय, अलिबाग जि. रायगड यांचे नावाने देण्यात यावेत. (With Revenue Stamp)
१२. देयकाची अदायगी ही शासनाकडून अनुदान प्राप्त होण्याच्या अधीन राहून करण्यात येईल. देयक अदा करण्यास विलंब झाल्यास त्यावर कोणत्याही प्रकारचे विलंब शुक्ल अदा केले जाणार नाही.
१३. वरील नमूद वस्तुंची नग संख्या ही मा. अधिष्ठाता यांच्या आदेशान्वये /प्रशासकीय उपलब्धतेनुसार कमी किंवा वाढवली जाऊ शकते.
१४. पुरवठा धारकाचे पूर्ण नाव, भ्रमणध्वनी आणि संपूर्ण पत्ता, संकेतांक क्र. (Email address along with Website) हा Envelope वर नमूद असणे आवश्यक आहे.
१५. न्यूनतम दर धारकास (L१) पुरवठाधारकांस प्रत्येक वस्तुंचा Sample दाखवणे अनिवार्य राहिल.



अधिष्ठाता,
शासकीय वैद्यकीय महाविद्यालय,
अलिबाग रायगड

प्रत - शासकीय वैद्यकीय महाविद्यालय, तसेच जिल्हा सामान्य रुग्णालय, अलिबाग-रायगड यांच्या सुचना फलकावर दरपात्रक मागविण्या संदर्भात दिनांक :- दि. ०१/१०/२०२४ सुचना देण्यात आल्या आहेत.

Sanction G.R.No. and Date:-
 (शासन निर्णय क्रं. व दिनांक)

Office Order No. and Date:-
 (कार्यालयीन आदेश क्रं. व दिनांक)

Certified that all the **articles** in this invoice bill have been received correctly and is good condition within the supply period as per above order-

Ensured **Stock Book** Register No:- **Page No:**.....
Date:.....

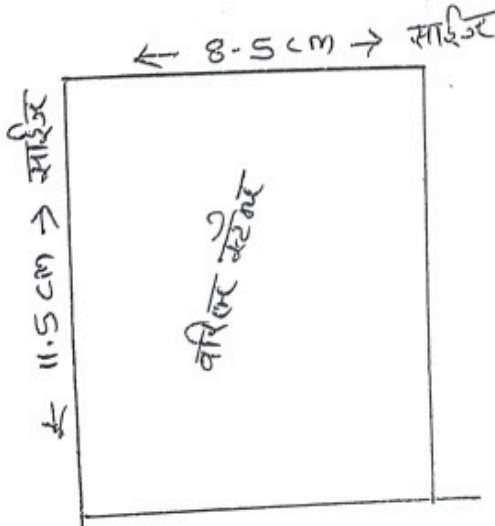
Rate Verified and Found correct passed for Payment Rs.
 (In Word Rs.)

(Sign.& Name)
 Store Keeper,
 G.M.C.&H.Alibag-Raigad.

(Receive Dept. HOD/Prof. IN charge Sign.)
 Name of the receiver :-
 Dept.Name:-
 Dated:-
 Govt.Medical College & Hospital,Alibag-Raigad.

Bill Passed for Payment of Rs.
 (In Word Rs.)

Administrative Officer
 Govt. Medical College and Hospital,
 Alibag-Raigad.
 (Stamp & Sign.)



Sanction G.R.No. and Date:-
(शासन निर्णय क्र. व दिनांक)

Office Order No. and Date:-
(कार्यालयीन आदेश क्र. व दिनांक)

Certified that the **Machinery /Equipment** in this invoice bill have been received correctly and is good condition within the supply period as per above order-

Ensured Stock Book Register No:- Page No:.....
Date:.....

Rate Verified and Found correct passed for Payment Rs.
(In Word Rs.)

(Sign.& Name)
Store Keeper,
G.M.C.&H.Alibag-Raigad.

(Receive Dept. HOD/Prof. IN charge Sign.)
Name of the receiver :-
Dept.Name:-
Dated:-
Govt.Medical College & Hospital,Alibag-Raigad.

Bill Passed for Payment of Rs.
(In Word Rs.)

Administrative Officer
Govt. Medical College and Hospital,
Alibag-Raigad.
(Stamp & Sign.)

