

कार्यालय संयुक्त संचालक सह अस्पताल अधीक्षक
स्व. बिसाहू दास महंत स्मृति शासकीय चिकित्सा महाविद्यालय संबद्ध इंदिरा गांधी चिकित्सालय,
कोरबा (छ.ग.) 495677
ई-मेल : gmckorbaasso.hospital@gmail.com

क्रमांक/जी.एम.सी.एच. कोरबा/क्रय/2025-26/ 6862

कोरबा, दिनांक 05-12-2025

// रुचि की अभिव्यक्ति (Expression Of Interest) //

कार्यालय संयुक्त संचालक सह अस्पताल अधीक्षक, स्व. बिसाहू दास महंत स्मृति शासकीय चिकित्सा महाविद्यालय संबद्ध चिकित्सालय, कोरबा (छ.ग.) की ओर से चिकित्सालय में भर्ती मरीजों के विभिन्न प्रकार के सी.टी.स्कैन जाँच स्थानीय स्तर से कराये जाने हेतु जिला कोरबा क्षेत्र अंतर्गत संचालित PCPNDT Act तथा छ.ग. शासन से मान्यता प्राप्त निजी रेडियोडायग्नोसिस सेन्टर से CGHS दर पर विभिन्न प्रकार के सी.टी.स्कैन जाँच कार्य करने के लिये दर अनुबंध (Rate Contract) किये जाने हेतु आमंत्रित की जा रही है। EOI के संबंध में विस्तृत जानकारी के साथ नियम एवं शर्तों हेतु चिकित्सालय के वेबसाइट www.sbdmmc.edu.in में अवलोकन कर सकते हैं।

EOI जमा करने की अंतिम तिथि एवं समय : दिनांक 09.12.2025 से दिनांक 24.12.2025 तक समय 03:00 बजे तक
EOI खोलने की तिथि एवं समय : दिनांक 24.12.2025 समय सांय 04:00 बजे


संयुक्त संचालक सह अस्पताल अधीक्षक
स्व. बिसाहू दास महंत स्मृति शासकीय चिकित्सा
महाविद्यालय संबद्ध चिकित्सालय, कोरबा (छ.ग.)

कोरबा, दिनांक 05-12-2025

पृ. क्रमांक/जी.एम.सी.एच. कोरबा/क्रय/2025-26/6863

प्रतिलिपि :-

- 1/ संचालक, संचालनालय जनसम्पर्क विभाग, रायपुर (छ.ग.) की ओर प्रदेश स्तरीय बहुप्रसारित एवं जिला स्तरीय बहुप्रसारित समाचार पत्रों में प्रकाशन हेतु सम्प्रेषित है।
- 2/ कलेक्टर, जिला- कोरबा, छ.ग. की ओर सादर सूचनार्थ प्रेषित।
- 3/ प्रभारी अधिकारी लेखा शाखा/एन.एच.एम./औषधि भण्डार शाखा/रखरखाव शाखा, स्थानीय चिकित्सालय की ओर सूचनार्थ।
- 4/ कार्यालयीन प्रति।


संयुक्त संचालक सह अस्पताल अधीक्षक
स्व. बिसाहू दास महंत स्मृति शासकीय चिकित्सा
महाविद्यालय संबद्ध चिकित्सालय, कोरबा (छ.ग.)

स्व. बिसाहू दास महंत स्मृति शासकीय चिकित्सा महाविद्यालय संबद्ध इंदिरा गांधी चिकित्सालय,

जिला कोरबा (छ.ग.)

रूचि की अभिव्यक्ति (Expression Of Interest)

नियम एवं शर्तें —

1. यह रूचि की अभिव्यक्ति (EOI) जिला कोरबा (छ.ग.) के अंतर्गत NABH, PCPNDT Act तथा छ.ग. शासन से मान्यता प्राप्त निजी रेडियोडायग्नोसिस सेन्टर से **CGHS** दर पर चिकित्सालय में भर्ती मरीजों के विभिन्न प्रकार के सी.टी. स्कैन जाँच कार्य करने के लिये दर अनुबंध (Rate Contract) निष्पादित किये जाने हेतु आमंत्रित की जा रही है।
2. अनुबंधकर्ता/सेवाप्रदाता के द्वारा भर्ती मरीजों के विभिन्न प्रकार के सी.टी. स्कैन संबंधी जाँच **CGHS** में उपलब्ध दर पर किया जाना अनिवार्य होगा, उक्त दर से अधिक दर पर मरीजों की जाँच किये जाने पर किसी प्रकार का अतिरिक्त भुगतान संस्था के द्वारा नहीं किया जायेगा।
3. जिन सी.टी. स्कैन जाँचों का **CGHS** दर उपलब्ध नहीं है, की जाँच अधोहस्ताक्षरकर्ता की पूर्व अनुमति से ही किया जायेगा।
4. अनुबंधकर्ता/सेवाप्रदाता के द्वारा भर्ती मरीजों के विभिन्न प्रकार के सी.टी. स्कैन जाँच **CGHS** दर के अंतर्गत श्रेणी अनुरूप मापदण्ड के अनुसार निर्धारित दर पर करना अनिवार्य होगा।
5. सेवाप्रदाता को जिले के अंतर्गत लैब स्थापना संबंधी प्रमाण-पत्र (गुमास्ता), क्लिनिकल एस्टेब्लिशमेंट एक्ट (Clinical Establishments Act) के साथ **PCPNDT Act 1994** का वैध पंजीयन प्रमाण-पत्र अनुबंध निष्पादन से पूर्व बंद लिफाफा में प्रस्तुत करना अनिवार्य होगा अन्यथा उक्त दस्तावेजों के अभाव में संबंधित सेवाप्रदाता को अपात्र कर दिया जायेगा।
6. सेवाप्रदाता को उक्त समस्त वांछित समस्त दस्तावेज को अपने के लैटर हेड में अधिकृत मोबाईल नम्बर (जिसमें **Whatsapp** संचालित हो) ई-मेल आई.डी. एवं पत्र व्यवहार का संपूर्ण पते के साथ सेवाप्रदाता के मुहर के साथ स्वप्रमाणित कर प्रस्तुत करना अनिवार्य होगा।
7. सफल सेवाप्रदाता को रु. 100 के स्टाम्प पर नोटरीकृत कराकर नियम एवं शर्तों के साथ दर अनुबंध निष्पादित करना अनिवार्य होगा। उक्त अनुबंध पत्र का प्रारूप चिकित्सालय द्वारा प्रदाय किया जायेगा।
8. अनुबंधकर्ता/सेवाप्रदाता को चिकित्सालय में भर्ती मरीजों का सी.टी. स्कैन जाँच प्राथमिकता देकर करना अनिवार्य होगा।
9. अनुबंधकर्ता/सेवाप्रदाता के अंतर्गत संचालित सी.टी. स्कैन मशीन में किसी प्रकार की तकनीकी समस्या आने पर संबंधित जाँच नहीं हो पाने की स्थिति में इसकी पूर्व सूचना संस्था को देना अनिवार्य होगा।
10. अनुबंधकर्ता/सेवाप्रदाता द्वारा जाँच करने उपरांत प्रस्तुत किये गये प्रति माह देयक का भुगतान चिकित्सालय के द्वारा अधिकृत अधिकारी से जाँच उपरांत सही पाये जाने पर नियमानुसार किया जायेगा। उक्त जाँच के लिये किसी प्रकार का अग्रिम भुगतान संस्था द्वारा नहीं किया जायेगा।

// 02 //

11. इस रूचि की अभिव्यक्ति (EOI) में यदि एक से अधिक अनुबंधकर्ता/सेवाप्रदाता के द्वारा अनुबंध निष्पादित किया जाता है तो संस्था किसी एक अनुबंधकर्ता/सेवाप्रदाता से ही सी.टी. स्कैन कराने के लिये बाध्य नहीं होगी।
12. किसी भी प्रकार के विवाद या संशय की स्थिति में अधोहस्ताक्षरकर्ता एवं संस्था की क्रय समिति का निर्णय अंतिम एवं सर्वमान्य होगा।
13. अनुबंधकर्ता/सेवाप्रदाता द्वारा अधिरोपित किसी प्रकार की कोई शर्त मान्य नहीं होगी।
14. इस रूचि की अभिव्यक्ति (EOI) को अधोहस्ताक्षरकर्ता के द्वारा बिना कोई कारण बताये कभी भी निरस्त किया जा सकता है। इस संबंध में अनुबंधकर्ता/सेवाप्रदाता के द्वारा किसी प्रकार का अभ्यावेदन स्वीकार नहीं किया जायेगा।


संयुक्त संचालक सह अस्पताल अधीक्षक
स्व. बिसाहू दास महंत स्मृति शासकीय चिकित्सा
महाविद्यालय संबद्ध चिकित्सालय, कोरबा (छ.ग.)









Seen
