

दि. 18/07/2025

प्रति,

.....

.....

विषय:मनपा,लातूर शहर निधी साथरोग नियंत्रण योजना अंतर्गत औषधी खरेदीसाठी दरपत्रके सादर करणेबाबत.

उपरोक्त विषयाच्या अनुषंगाने, मनपा,लातूर शहर निधी साथरोग नियंत्रण योजना अंतर्गत खालील नमूद औषधी खरेदीसाठी दरपत्रके मागविण्यात येत आहेत. तरी E-Quotation मध्ये नमूद अटी व शर्तीच्या अधीन राहून दरपत्रके दि.25/07/2025 वेळसुधे 05:45 वा. पर्यन्त वैद्यकीय आरोग्य अधिकारी,लातूर शहर महानगरपालिका,लातूर या कार्यालयास पोहोचतील अशा रीतीने सादर करावीत.

अ. क्र	औषधी साहित्याचे नाव	दर
1	Tab.Metronidazole 400 mg	
2	Syp. Metronidazole 200 mg/5ml 60 ml Bottle	
3	Oral Rehydration Salt 20.5 gm Sachet	
4	Tab.Zinc Sulphate 20 mg	
5	Syp. Zinc Gluconate/Sulphate 20mg/5ml 60 ml Bottle	
6	Ciprofloxacin Eye Drop 5 ml	
7	Tab. Albendazole 400 mg	
8	Susp. Albendazole 200mg/5ml 10 ml Bottle	
9	Vit A Concentrated Solution 100000 I.U. 100 ml Bottle	
10	Syp.Cetirizine 5mg/5ml 30 ml Bottle	

अटी व शर्ती:

- दुकानाच्या/आस्थापनेच्या लेटरहेड वर दरपत्रके
- वैध दुकान परवाना प्रत
- वैध GST नोंदणी प्रमाणपत्राची प्रत
- वैध Pan Card ची प्रत
- औषधी व सौन्दर्य प्रसाधने अंतर्गत वैध 20 B व 21 B परवाना प्रत.
- शासकीय संस्थेस/कार्यासानास पुरवठा केल्याचा अनुभवाचा पुरावा/प्रमाणपत्र.
- बयाना रक्कम मा.आयुक्त,लातूर शहर महानगरपालिका,लातूर यांच्या नावे रु.१००० चा डिमांड ड्राफ्ट.
- कोटेशन फॉर्म फी मा.आयुक्त,लातूर शहर महानगरपालिका,लातूर यांच्या नावे रु.५०० चा डिमांड ड्राफ्ट.

  
उपायुक्त,

लातूर शहर महानगरपालिका,लातूर