

Tel.No.: 23544341.
Fax : 022- 23532737

Email : aiipmr@vsnl.com
Website : www.aiipmr.gov.in

भारत सरकार / Government of India
स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय / Ministry of Health and Family Welfare

अखिल भारतीय भौतिक चिकित्सा एवं पुनर्वास संस्थान / ALL INDIA INSTITUTE OF PHYSICAL MEDICINE AND REHABILITATION
हाजी अली, के. के. मार्ग, महालक्ष्मी, मुंबई- 400 034 / Haji Ali, K.K.Marg, Mahalaxmi, Mumbai - 400 034.

संदर्भ सं./ Ref.No.: पीडब्ल्यूएस/कोटेशन/PWS/Qtn./ 1628

दिनांक / Dated : 27th December, 2017

To

P.T.O.

महोदय / Sir,

निम्न प्रकार की उल्लिखित _____ खरीदी हेतु यह प्रस्तावित किया जाता है, जैसा कि नीचे बताया गया है।

It is proposed to purchase following _____ as mentioned below.

मैं, अनुरोध करता हूँ कि उपर्युक्त आपूर्ति के लिए न्यूनतम दर प्रस्तुत करें।

You are requested to submit your lowest rate for supply of the same.

दरें बताते समय कृपया निम्नलिखित जानकारी दें :

While quoting, the following information may please be supplied :

1. वस्तुओं का पूर्ण विवरण-वस्तुओं को सचित्र स्पष्ट करनेवाली पुस्तिकाओं, इश्तेहारों या नमूनों के रूप में।

Complete description of the articles in form of booklets, pamphlets or samples illustrating the articles.

2. अवधि, जिसमें आपूर्ति कि जा सके।

The period within which the supply is to be made.

3. सामान्य एवं बिक्री कर / विक्रय कर संख्या इत्यादि, यदि लागू हों।

4. Extra charges (taxes i.e. GST, Transport/Delivery/Freight etc.) should be invariably mentioned in percentage (%) / actual, separately in the quotation itself.

General and sales tax number etc. if applicable.

निविदा के लिए मुहरबंद लिफाफे में ऊपर 'ट्रांस -टिबियल प्रोस्थेसिस कीट (1 राईट साईड) के लिए निविदा' शीर्षक देकर निदेशक, अखिल भारतीय

भौतिक चिकित्सा एवं पुनर्वास संस्थान, हाजी अली, मुंबई-400 034 को प्रस्तुत करें एवं स्थापना अनुभाग में उपलब्ध निविदा पेटी दिनांक **09/02/2018** (विस्तारित दिनांक) में 12.30 बजे (अपराह्न) के पूर्व डालें।

The quotation should be submitted in sealed envelope superscribed as **quotation for Trans-tibial Prosthesis Kit (1 Right side)** to the Director, All India Institute of Physical Medicine and Rehabilitation, Haji Ali Park, Mumbai- 400 034 and to be dropped in quotation Box available with Establishment Section before 12.30 P.M. (I.S.T.) on **09/02/2018** (extension of date).

निविदा, केवल प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता के नाम एवं पदनाम, पैन/टैन संख्या के साथ ही वैध मानी जाएगी।

Quotation with name & designation of authorized signatory by mentioning PAN/TAN and GST Number will only be valid.

निविदा केवल एक वर्ष की अवधि के लिए ही वैध होगी।

Quotations should be valid for the period of one year.

इस संबंध में किसी प्रकार की अन्य जानकारी आवश्यक हो तो आप इस कार्यालय से सोमवार से शुक्रवार, 9.00 से (पूर्वाह्न) 3.30 (अपराह्न) बजे के बीच प्राप्त कर सकते हैं।

Any other information you may require in this matter can be had from this office from Monday to Friday between 9.00 a.m. to 3.30 p.m.

Sr.No.	Items/Particulars	Description / Technical Specification	Quantity
1)	Trans-Tibial Prosthesis Kit with Coupling type Socket Adapter, Torsion and Telescopic pylon and Articulated Foot with integrated pyramid.	1) Coupling type Socket Adapter : Inside diameter should match with pylon tube. 2) Torsion with Telescopic Pylon with rotational capacity: Outside Diameter to match with Coupling type Socket Adapter. 3) Articulated Foot with integrated pyramid (25 cms. Right side) with adjustable heel for tuning stiffness. --- Minimum 2 years warranty on all above parts. --- CE MARK AND CERTIFICATE COMPULSORY	1 No. (Right)

भवदीय / Yours faithfully,

Sd/-

ब्याख्याता, संयुक्तांग एवं ऋज्वांग,
(Lecturer, Prosthetic & Orthotic)

सूचना : पूर्व रसीदी बिल के तीन प्रतियों के अनुसार भुगतान, किया जाएगा।

Note : Payment will be made against pre-receipted bill in triplicate.