



# 30 प्र0 राज्य एड्स नियन्त्रण सोसाइटी

चतुर्थ तल, ए-ब्लॉक, पिकप भवन, विभूति खण्ड, गोमती नगर, लखनऊ-226 010

दूरभाष : 0522-2720360, फ़ैक्स : 0522-2721135

<http://upaidcontrol.up.nic.in>

पत्रांक : एड्स सोसा0 / HSS/15<sup>th</sup>R/2014-15/2018

दिनांक 28/10/16

एतद्द्वारा सूचित किया जाता है कि सोसाइटी में क्रायोवायल, क्रायोवायल स्टोरेज बाक्स एवं पैराफिल्म रोल की आपूर्ति हेतु जारी लिमिटेड टेण्डर संख्या HSS/15R/2014-15/1926 दिनांक 14.10.2016 में टेण्डर प्रस्तुत करने एवं खोले जाने की तिथि दिनांक 25.10.2016 को अपरिहार्य कारणवश दिनांक 08.11.2016 कर दी गयी है। अन्य सभी नियम एवं शर्तें अपरिवर्तित रहेंगी।

(भरत कुमार मिश्र)  
संयुक्त निदेशक, (क्रय)



# उ० प्र० राज्य एड्स नियन्त्रण सोसाइटी

चतुर्थ तल, ए-ब्लॉक, पिकप भवन, विभूति खण्ड, गोमती नगर, लखनऊ-226 010

दूरभाष : 0522-2720360, फ़ैक्स : 0522-2721135

<http://upaidcontrol.up.nic.in>

पत्रांक : एड्स सोसा० / HSS/ISMR/2014-15/ 1926

दिनांक 14/10/16

सेवा में,

संलग्न सूची के अनुसार

विषय: क्रायोवायल, क्रायोवायल स्टोरेज बॉक्स एवं पैराफिल्म रोल की आपूर्ति हेतु कोटेशन आमंत्रण पत्र।

महोदय,

राष्ट्रीय एड्स नियन्त्रण कार्यक्रम के अन्तर्गत ए च.आई.वी. सेन्टिनेल सर्विलेन्स कार्यक्रम के लिए सोसाइटी को क्रायोवायल, क्रायोवायल स्टोरेज बॉक्स एवं पैराफिल्म रोल की आवश्यकता है। कृपया निम्न विवरण एवं सेवा-शर्तों के अनुसार अपनी न्यूनतम दरें सोसाइटी को भेजने का कष्ट करें:-

S. No.	Technical Specifications	Packing	Quantity (Nos.)	Rate/ Unit inclusive of all taxes & levies (Rs.)
1.	<b>Standard Make Cryo Vial 1.8 ml. (Leak Proof Vial with Screw Cap)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Cryo vial Should be made of polypropylene or similar materials.</li><li>Vials should be sterilized and with prominent graduations on vial.</li><li>Vials should have long marking area for sample identification.</li><li>Cap of each vial should be completely leak proof.</li></ul>	25 Vials	27,500	
2.	<b>Standard Make Cryo Vial Storage Box (To store a minimum of 81 vials of 1.8 ml. Cryo Vial)</b>	Per Box	350	
3.	Parafilm Roll	Per Roll	2	
<b>Total Amount Rupees.....</b>				

सेवा-शर्तें:

- कोटेशनदाता द्वारा पैन/टिन/ड्रग लाइसेन्स आवंटन की अभिप्रमाणित छायाप्रतियां एवं कोटेशन सेवा-शर्तों के लिए इस कोटेशन की एक अभिप्रमाणित छायाप्रति संलग्न किया जाएगा।
- कोटेशनदाता द्वारा अपनी दरें फर्म के लेटर हेड जिसमें पूर्ण पता अंकित हो पर देना अनिवार्य है। कोटेशन एवं समस्त संलग्नकों पर फर्म के अधिकृत प्राधिकारी द्वारा मुहर के साथ हस्ताक्षर कर पूर्णतः सील लिफाफा प्रस्तुत करें। कोटेशन की वैधता कोटेशन खोले जाने की तिथि से तीन माह तक के लिए होगी।
- कोटेशन में दर सभी कर एवं किराया सम्मिलित करते हुए कोट करें। योग में कोई अन्तर होने की स्थिति में ईकाई मूल्यों को आधार मानकर आगणन किया जायेगा। स्वीकृत दर में किसी भी प्रकार का बदलाव संभव नहीं होगा और न ही किसी प्रकार का समायोजन किया जाएगा।
- कोटेशन के साथ Cryo Vial, Cryo Vial Storage Box का नमूना प्रेषित करना अनिवार्य है।

181