



आदर्श गाउँपालिका
(Adarsh Gram Panchayat)
गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय
(Office of the Executive of the Municipality)
सुदूरपश्चिम प्रदेश, नेपाल

प.सं. : २०८३/०८४
च.सं. :

मौवानगरदह, डोटी
सुदूरपश्चिम प्रदेश, नेपाल

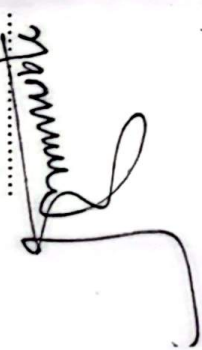
दररेट पेश गर्ने सम्बन्धी सूचना
(प्रथम पटक प्रकाशित)

मिति :- २०८३/०५/०९

यस आदर्श गाउँपालिकाको कार्यालय पशु सेवा शाखाका लागि आवश्यक पर्ने औषधी तथा उपचार सामग्री खरिदका लागि विभिन्न सेवा प्रदायकहरूसँग यो सूचनामा प्रकाशित शर्तहरूको अधिनमा रही सिलबन्दी दरभाउ पत्र पेश गर्नुहुन सम्बन्धीत सबैको जानकारीको लागि यो ७ दिने सूचना प्रकाशित गरिएको छ।

शर्तहरू :

१. दररेट पेश गर्ने फर्मले अनिवार्य रूपमा दररेट पेश गर्ने सम्बन्धि व्यहोराको लिखित निवेदन सहित नवीकरण भएको फर्म दर्ता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि, मु.अ. कर दर्ता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि र आ.ब. २०८१/०८२ को करचुक्ता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि संलग्न गरी पेश गर्नुपर्नेछ।
२. उक्त कार्यको लागि आवश्यक वि.ओ.क्यू यस कार्यालयको वेबसाईट <http://www.aadarshamun.gov.np> वाट डाउनलोड गर्न सकिनेछ।
३. यस सम्बन्धी थप जानकारी चाहिएमा आदर्श गाउँपालिकाको कार्यालयमा कार्यालय समयमा आई बुझ्न सकिनेछ साथै ९८४८५५६६८२ मा फोन गरि बुझ्न सकिनेछ।
४. वि.ओ.क्यू मा कबोल गरेको रकम अंक र अक्षरमा स्पस्ट बुझिने गरि लेखेर पेश गर्नुपर्ने छ। केरमेट भएको दररेट मुल्यांकनमा समावेश गरिने छैन। पालिका वाट विनियोजित रकम जम्मा रु ३,००,०००।०० को अधिनमा रहि दररेट पेश गर्नुपर्ने छ।
५. खरिद तथा वितरण कार्यका लागि उल्लेखित स्पेसिफिकेशन भएको १ थान स्याम्पल सहित पेश गर्नुपर्नेछ।
६. खरिद तथा वितरण कार्यका औषधीको म्याद कम्तिमा १ वर्षको हुनुपर्ने छ।
७. आदर्श गा.पा. मा फर्म सूचिकृत भएको हुनुपर्ने छ।


.....
भुवन राज पाण्डेय
प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत



आदर्श गाउँपालिका

गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय

मौवा नगरदह, डोटी
सुदूरपश्चिम प्रदेश, नेपाल ।

माग फारम

म.ले.प. फारम नं. ४०१

साविकको फारम नं. ५१

कार्यालय कोड नं. :

आ.व. :

माग नं. :

मिति :

क्र.सं.	सामानको नाम	स्पेसिफिकेशन	माग गरिएको		कैफियत
			एकाइ	परिमाण	
१	२	३	४	५	६
1	wormar	200mg	box	37	
2	Fenbendazole	200mg	box	9	
3	cycline	500mg	box	29	
4	painmar bol	1500mg	box	25	
5	inj.Limoxan 200 LA	100ml	vail	12	
6	inj. Meloxin	100ml	vail	17	
7	inj. Gentamycin	100ml	vail	3	
8	inj. Cramine	100ml	vail	15	
9	inj. Atropin sulphate		vail	10	
10	inj. Intermetine Sup	50ml	vail	1	
11	inj. Kepromec	50ml	vail	9	
12	inj. Sulpha333	100ml	vail	1	
13	inj. Introvet	100ml	vail	1	
14	Wormar	1500mg	box	20	
15	Killtox	10ml	vail	205	
16	Killtox	100ml	bottle	5	
17	Povidine iodine	450ml	bottle	17	

माग गर्नेको दस्तखत : *[Signature]*
नाम : *कुल्लु राम ओली*
मिति :
प्रयोजन :

सिफारिस गर्नेको दस्तखत :
नाम :
मिति :

क) बजारबाट खरिद गरि दिनु। ☐
ख) मौज्दातबाट दिनु। ☐

मालसामान बुझिलेको दस्तखत :
मिति :

आदेश दिनेको दस्तखत :
मिति :
जिन्सी खातामा चढाउनेको दस्तखत :
मिति :



आदर्श गाउँपालिका

गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय

मौवा नगरदह, डोटी
सुदूरपश्चिम प्रदेश, नेपाल ।

माग फारम

म.ले.प. फारम नं. ४०१

सम्बन्धित फारम नं. ५१

कार्यालय कोड नं. :

आ.व. :

माग नं. :

मिति :

क्र.सं.	सामानको नाम	स्पेसिफिकेशन	माग गरिएको		कैफियत
			एकाइ	परिमाण	
१	२	३	४	५	६
18	Brimax oint	50gm	Tube	106	
19	T.T oil	450ml	Bottle	12	
20	Everest Batisha	20gm	Box	6	
21	Cozole bol	1500mg	Box	4	
22	G.V	10gm	Bottle	3	
23	AC		Bottle	1	
24	Nebion	100gm	Pkt	20	
25	Calomel	10gm	Bottle	1	
26	Livertonic	120ml	Bottle	5	
27	Tympol	100gm	Pkt	10	
28	Wound Spray			4	
29	inj. Zeet	100ml	Vail	3	
30	Zeemar ds bol	2500mg	Box	2	
31	Teat Syphone		Pcs	2	
32	Al gun		Pcs	4	
33	Tocar Cannula		Pcs	1	
34	Stomuch tube (cattle)		Tube	6	

माग गर्नेको दस्तखत :

नाम :

मिति :

प्रयोजन :

सिफारिस गर्नेको दस्तखत :

नाम :

मिति :

क) बजारबाट खरिद गरि दिनु। ☐

ख) मौज्जातबाट दिनु। ☐

आदेश दिनेको दस्तखत :

मिति :

मालसामान बुझिलेको दस्तखत :

मिति :

जिन्सी खातामा चढाउनेको दस्तखत :

मिति :



आदर्श गाउँपालिका

गाउँ कार्यपालिकाको कार्यालय

मौवा नगरदह, डोटी
सुदुरपश्चिम प्रदेश, नेपाल ।

माग फारम

म.ने.प. फारम नं. ४०१

साविकको फारम नं. ५९

कार्यालय कोड नं. :

आ.व. :

माग नं. :

मिति :

क्र.सं.	सामानको नाम	स्पेसिफिकेशन	माग गरिएको		कैफियत
			एकाइ	परिमाण	
१	२	३	४	५	६
35	Stomuch tube (sheep/goat)		Tube	5	
36	Syringe	5ml	Pcs	100	
37	Syringe	3ml	Pcs	100	
38	Syringe	10ml	Pcs	100	
39	Mask		Pkt	8	
40	Needle	18g	Pcs	20	
41	Forecep		Pcs	5	
42	Scissor		Pcs	5	
43	Thermometer		Pcs	1	
44	Gloves	M	Box	7	
45	Mother cryocontainer	35 Lit	Pcs	1	
46	AI gun		Pcs	4	
47	AI Sheath		Pkt	2	
48	Gum Boot		Joda	4	
49	Apron		Pcs	4	
50	Thermometer		Pcs	5	
51	Casting Rope		Pcs	2	
52	Sprite	400ml	Bottle	5	

माग गर्नेको दस्तखत :

नाम :

मिति :

प्रयोजन :

सिफारिस गर्नेको दस्तखत :

नाम:

मिति :

क) बजारबाट खरिद गरि दिनु। ☐

ख) मौज्दातबाट दिनु। ☐

आदेश दिनेको दस्तखत :

मिति :

मालसामान बुझिलेको दस्तखत :

मिति :

जिन्सी खातामा चढाउनेको दस्तखत :

मिति :