

**RAJENDRA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES,
RANCHI**

Tender paper for Medicine / Surgical / Chemical

Tender Notice No:- 3613..... dated 06-06-15...../ Session 2015-16

Issued To,

M/s

.....

.....

Against money receipt number/RIMS, Ranchi, dated
.....

Cashier
Rajendra Institute of Medical
Sciences,
Ranchi

**RAJENDRA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES,
RANCHI**

Tender paper for Medicine/Chemical/Surgical

Tender Notice No:- 3613..... dated 06-06-15.../ Session 2015-16

Issued To,

M/s

.....

.....

Performa for Price bid

Sl. No.	Name of Product	Make/ Manufacturer	Qty/Vol	Unit Price	All Taxes	Remarks
1						
2						
3						
4						
5						

Note :- 1. The price will be accepted in the above given Performa only. In any other Performa price bid shall not be accepted.

2. If the name of any Medicine/Surgical/Chemicals good are mentioned by its trade (Brand) name in the tender item list, it does not mean the same brand only. The tender may quoted their tender for the same (having similar composition of chemicals or items or Surgically by their own brand name showing the similar composition).

Signature of Tenderer
With Seal

Your's Faithfully

Medical Officer (Store),
Rajendra Institute of Medical
Sciences,
Ranchi

निदेशक का कार्यालय, राजेन्द्र आयुर्विज्ञान संस्थान, राँची।

निविदा सं० 3613 /रिम्स, राँची

दिनांक 6/6/15

निविदा आमंत्रण सूचना

इस संस्थान के लिए औषधियों/सर्जिकल समानों/रसायनों की आपूर्ति हेतु लाईसेंसधारी सरकारी प्रतिष्ठानों/गैर सरकारी प्रतिष्ठानों/निर्माताओं एवं प्राधिकृत विक्रेताओं से मुहरबंद टंकित निविदा तकनीकी एवं मूल्य बिड अलग-अलग सीलबंद लिफाफे में सिर्फ निबंधित डाक/स्पीड पोस्ट द्वारा आमंत्रित की जाती है। साधारण डाक/प्राइवेट कूरियर/हांथो-हांथ प्राप्त निविदा पर विचार नहीं किया जायेगा तथा वे स्वतः रद्द हो जायेंगे।

निविदा से संबंधित मुख्य तिथियाँ:-

- | | | |
|------------|---|---|
| क्रम सं०-1 | <u>निविदा प्रपत्र विक्री की तिथि :-</u> | दिनांक 10.06.2015 से 08.07.2015 तक कार्य दिवस में तथा कार्य अवधि में निविदादाता औषधि के लिए रू० 5000/- (पाँच हजार रूपए) सर्जिकल के लिए रू० 5000/- (पाँच हजार रूपए) एवं रसायन के लिए रू० 5000/- (पाँच हजार रूपए) अलग - अलग नगद रूप से रोकड़पाल, रिम्स, राँची के पास जमा कर औषधि, सर्जिकल एवं रसायनों का अलग-अलग निविदा प्रपत्र प्राप्त कर सकते हैं अथवा रिम्स वेब साईट से निविदा प्रपत्र डाउन लोड करके रू० 5000/- का बैंक ड्राफ्ट (निदेशक, रिम्स, राँची के नाम) निविदा प्रपत्र के साथ संलग्न करते हुए भी निविदा जमा कर सकते हैं। |
| क्रम सं०-2 | <u>निविदा समर्पित करने की अंतिम तिथि :-</u> | दिनांक 09.07.2015 को अपराह्न 4:30 बजे तक। |
| क्रम सं०-3 | <u>निविदा का तकनीकी भाग खुलने की तिथि</u> | दिनांक 10.07.2015 को अपराह्न 12:30 बजे रिम्स, निदेशक सम्मेलन कक्ष में, सभी निविदादाता उक्त बैठक में क्रय समिति के समक्ष निश्चित रूप से उपस्थित होंगे। |
| क्रम सं०-4 | <u>निविदा की शर्तें</u> | निविदा से संबंधित विस्तृत जानकारी संस्थान के वेबसाईट www.rimsranchi.org पर देखा जा सकता है। |

निविदा की अन्य शर्तें:-


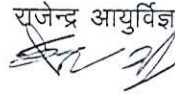

1. निविदादाता के तकनीकी बिड में निम्नांकित कागजात संलग्न करेंगे:-

- (क) सरकारी उपकरणों को छोड़कर अन्य सभी निविदादाताओं द्वारा EMD के रूप में निदेशक रिम्स के नाम से प्लेज्ड औषधियों के लिए रू० 1,50,000/-, सर्जिकल समानों के लिए रू० 1,50,000/- एवं रसायनों के लिए रू० 50,000/- का बैंक ड्राफ्ट की मूल प्रति संलग्न करेंगे (टर्म डिपोजिट या किसी और प्रकार का डिपोजिट मान्य नहीं होगा)।
- (ख) (I) - झारखण्ड राज्य बिक्री कर/JVAT निबंधन प्रमाण पत्र की छायाप्रति संलग्न करना अनिवार्य है।
(II) - वाणिज्य कर विभाग द्वारा निर्गत अधतन स्वच्छता प्रमाण पत्र की छायाप्रति जो निविदा खुलने की तिथि को मान्य हो।
अथवा अगर निविदा दाता/फर्म का कार्यालय झारखण्ड राज्य में निबंधित नहीं है तो उन निविदादाताओं को नौटरी पब्लिक का शपथ पत्र देना होगा कि झारखण्ड सरकार का बिक्री कर (Jharkhand Vat) भुगतान करने के पश्चात ही सामग्रियों की आपूर्ति करेंगे तथा बिक्री कर में राहत इत्यादि के लिए निविदा आमंत्रित करने वाले विभाग से किसी प्रकार के अभिलेखों की माँग नहीं करेंगे।
- (ग) सभी निविदादाताओं को नौटरी पब्लिक के माध्यम से शपथ पत्र देना अनिवार्य होगा जिसमें अंकित होना चाहिए कि:-
- (1) हमारा फर्म/कम्पनी किसी सरकारी अथवा अर्द्ध सरकारी उपकरण की काली सूची में नहीं है तथा पूर्व में भी दोषी नहीं पाया गया है।
- (2) रिम्स को आपूर्ति किये जाने वाले सभी सामग्रियों के लेबुल पर Supply for RIMS, Ranchi /Not for sale/ for Govt. Supply only अंकित होना अनिवार्य है।

- (घ) अगर निविदादाता स्वयं निर्माता है तो MFG Licence की छायाप्रति अथवा अगर निविदादाता किसी निर्माता द्वारा प्राधिकृत फर्म हैं, तो मूल निर्माता द्वारा निविदादाता/फर्म के नाम निर्गत प्राधिकार पत्र की मूल प्रति जो इस निविदा के लिए निर्गत हो, निविदा के साथ संलग्न करना अनिवार्य होगा। प्राधिकार पत्र निदेशक, रिम्स, राँची के नाम से निर्दिष्ट होना अनिवार्य है तथा निर्माता को प्राधिकार पत्र में यह प्रमाण पत्र देना होगा कि उनकी फर्म काली सूची (Black listed) में नहीं है एवं वर्तमान में फर्म चालू अवस्था में है। साथ ही साथ प्राधिकार पत्र के साथ प्राधिकृत करने वाले कम्पनी/फर्म/व्यक्ति का चार्टर एकाउन्टेन्ट द्वारा अकेक्षित प्रमाण पत्र संलग्न करना अनिवार्य होगा। जिसमें कम्पनी/फर्म/व्यक्ति का वार्षिक टर्न ओवर कम से कम दो करोड़ रुपये सलाना हो साथ ही साथ प्राधिकार पत्र निर्गत करने वाले पदाधिकारी का पूरा नाम, पदनाम एवं मोबाईल नं० देना अनिवार्य है।
- (ङ) निविदादाता का अद्यतन ड्रग लाइसेंस की छायाप्रति संलग्न होना चाहिए।
- (च) निविदादाता फर्म का आयकर प्रमाण पत्र एवं पैन नं० की छायाप्रति। अगर निविदादाता पार्टनरसीप फर्म अथवा कम्पनी हो तो फर्म के नाम से ही आयकर पैन नं० मान्य होगा। अगर निविदादाता फर्म एक ओनरसीप फर्म है तो वैसी परिस्थिति में ही फर्म का मालिक का पैन नं० मान्य होगा। अतः सभी निविदादाता अपने पैन नं० की छायाप्रति में इस बात का स्पष्ट उल्लेख करेंगे कि फर्म Properity है अथवा Partnership Firm है। साथ ही अंतिम तीन वर्षों का आयकर रिटर्न की छायाप्रतियाँ संलग्न करना है।
- (छ) निविदित औषधियों/सामग्रियों से संबंधित कैटलॉग/Brochure/Specification एवं अन्य संबंधित अभिलेख संलग्न करेंगे, जिसमें उक्त सामग्री की गुणवत्ता से संबंधित जानकारी हो। **G.M.P Certified & WHO Approved Company** वालों को प्राथमिकता दी जायेगी।
- (ज) निविदादाता फर्म द्वारा निविदित औषधियों/सर्जिकल/रसायनों का न्यूनतम दो वर्षों अथवा अधिकतम अवधि से अच्छे गुणवत्ता पूर्ण सामग्री निर्माण करने से संबंधित प्रमाण पत्र संलग्न होना अनिवार्य है।
- (झ) निविदादाताओं का विगत तीन वित्तीय वर्षों का अर्थात् (2012-13, 2013-14 एवं 2014-15) में औसतन कंपनी एवं निमाता के लिए न्यूनतम दो करोड़ रुपयों का प्रतिवर्ष टर्न ओवर या तीन वर्षों में कुल छः करोड़ रुपयों का टर्न ओवर होना अनिवार्य है; तथा प्राधिकृत आपूर्ति कर्ता के लिए प्रत्येक वर्ष कम से कम एक करोड़ रुपया अथवा तीन वर्ष में कम से कम तीन करोड़ का टर्न ओवर होना अनिवार्य है। जो चार्टर एकाउन्टेन्ट द्वारा अभिप्रमाणित एवं चार्टर एकाउन्टेन्ट द्वारा अकेक्षित होना चाहिए जिसकी छायाप्रति संलग्न होना अनिवार्य है।

- निविदादाता अपने निविदा में संलग्न सभी पृष्ठों पर पृष्ठ सं० निश्चित रूप से अंकित करेंगे तथा अपने पैड पर प्रमाण पत्र देंगे जिसमें अंकित होगा कि "हमारे द्वारा प्रेषित निविदा के तकनीकी भाग में कुल पृष्ठ संलग्न है। तथा प्राइस बीड में कुल पृष्ठ अंकित है।" एवं निविदा के साथ माँगी गई सभी प्रमाण पत्र पृष्ठ सं० पर अंकित है। जिसे Index पर लिखना अनिवार्य है।
- समर्पित निविदा का प्रत्येक पृष्ठ पर मुहर के साथ स्वअभिप्रमाणित होना अनिवार्य है।
- सभी निविदादाता द्वारा सूची में दिये हुए दवाओं (जिनमें जेनेरिक नाम देना संभव न हो को छोड़ कर) के जेनेरिक नाम ही निविदा प्रपत्र में भरे जाएंगे। अन्यथा उनके निविदा पर विचार नहीं किया जायेगा।
- निविदित औषधियों/सामग्रियों/रसायनों की आपूर्ति की तिथि को औसतन Expiry Period उक्त सामग्री में वास्तविक Expiry Period से एक वर्ष छः माह से कम अवधि वाली सामग्री मान्य नहीं होगा।
- टूटे-फूटे Soiled, लीकेज वाले सामग्रियों को स्वीकार नहीं किया जायेगा।
- यदि किसी निविदादाता कम्पनी अथवा फर्म द्वारा इस निविदा के लिए किसी खास व्यक्ति को प्राधिकृत किया जाता है अथवा पावर औफ ऑटर्नी दिया जाता है तो उस कम्पनी अथवा फर्म द्वारा निर्गत प्राधिकार पत्र की मूलप्रति अथवा पावर औफ ऑटर्नी की सर्टिफाइड प्रति लगाना अनिवार्य होगा।
- क्रय समिति द्वारा अनुमोदित दर न्यूनतम एक वर्ष अथवा क्रय समिति के अनुमोदन के आलोक में आगामी निविदा के दरों का अनुमोदन होने तक मान्य होगा।
- औषधियों/सर्जिकल समानों/रसायनों के लिए समर्पित निविदा के लिफाफे पर स्पष्ट रूप से निविदा सूचना सं० एवं दिनांक अंकित होना अनिवार्य होगा।

10. निविदा दो अलग अलग मुहरबंद लिफाफे में होना चाहिए। एक में टेकनिकल बीड, दूसरे में प्राइस बीड तथा दोनों मुहरबंद लिफाफे एक बड़े मुहरबंद लिफाफे में होना चाहिए।
11. निविदित मूल्य से किसी भी परिस्थिति में Drug Price Control Order का उलंघन नहीं होना चाहिए।
12. किसी भी परिस्थिति में निविदा अथवा क्रय आदेश का हस्तांतरण मान्य नहीं होगा।
13. वैसे निविदादाता जिनका वर्ष 2015-16 में दरों का अनुमोदन होने के पश्चात् औषधियों/सर्जिकल समानों/रसायनों की आपूर्ति समय सीमा के अन्दर नहीं करने पर संबंधित निविदादाता के अग्रधन की राशि वापस नहीं की जायेगी अथवा संबंधित आपूर्तिकर्ता के दवा के विपत्र से अन्तर की राशि का समायोजन करने के लिए संस्थान स्वतंत्र है।
14. इस निविदा से संबंधित सभी प्रकार के निपटारे का न्यायिक क्षेत्र राँची होगा।
15. निविदादाता द्वारा प्रेषित निविदा में उपरोक्त किसी भी निविदा शर्त के अपूर्ण रहने की स्थिति में अथवा आवश्यक प्रमाण पत्र निविदा में संलग्न नहीं रहने पर उक्त निविदादाता की निविदा स्वतः रद्द मानी जायेगी।
16. निविदा समर्पण एवं निष्पादन हेतु निर्धारित अन्तिम तिथि को सरकारी अवकाश घोषित होने पर अवकाश के ठीक अगले दिन उसी समय एवं स्थल पर निविदा संबंधी कार्य निष्पादन होंगे एवं इसके लिए अलग से किसी प्रकार की सूचना प्रकाशित नहीं की जायेगी।
17. अद्योहस्ताक्षरी को किसी एक निविदा या सभी निविदाओं को आंशिक रूप से अथवा पूर्णतः, बिना कारण बताए, अस्वीकृत अथवा रद्द करने का अधिकार सुरक्षित होगा।


निदेशक,
राजेन्द्र आयुर्विज्ञान संस्थान, राँची।



RAJENDRA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, RANCHI

LIST OF MEDICINE

Tender No. 3613 Dated 06/06/2015 (2015-16)

Sl. No.	Name of Generic Medicine (I.V. Fluids - (in plastic bottles only)	APPROX REQUIRED QTY
1.	I.V. Aminoacid 5%/10%.	500 bot
2.	I.V. Ciprofloxacin 100ml.	25000 bot
3.	I.V. D.N.S. 500ml.	120000 bot
4.	I.V. Dextran - 40.	As & when required
5.	I.V. Dextran - 70.	As & when required
6.	I.V. Degraded Gelatin Polymer	As & when required
7.	I.V. 5% Dextrose 500ml.	60000 bot
8.	I.V. 10% Dextrose 500ml.	30000 bot
9.	I.V. 25% Dextrose 25ml. amp.	As & when required
10.	I.V. 25% Dextrose 100ml.	25000 bot
11.	I.V. 50% Dextrose.	As & when required
12.	I.V. Gatifloxacin 200 ml	As & when required
13.	I.V. Gelo fusine. 500 ml	As & when required
14.	I.V. Glycine. 3 Ltr.	As & when required
15.	I.V. Human Albumin. 20%	As & when required
16.	I.V. Hydroxy Ethyle starch 3%	8000 bot
17.	I.V. Hydroxy Ethyle starch 6%	As & when required
18.	I.V. Hypertonic Saline.	As & when required
19.	I.V. Intravenous 20% Fat Emulsion 250ml/500ml	As & when required
20.	I.V. Isolyte G 500ml.	As & when required
21.	I.V. Isolyte H 500ml.	As & when required
22.	I.V. Isolyte M 500ml.	As & when required
23.	I.V. Isolyte P 500ml.	15000 bot
24.	I.V. Isotonic Balanced Colloid Containing Calcium	As & when required
25.	I.V. Isotonic Balanced Crystalloid Containing Calcium	As & when required
26.	I.V. Levofloxacin 100ml.	As & when required
27.	I.V. Linezolid 300ml/ 100ml	As & when required
28.	I.V. Low Molecular Weight Heparin.	As when required
29.	I.V. 20% Mannitol 300 ml. / 350 ml / 100 ml	25000 bot
30.	I.V. Metronidazole 100ml.	150000 bot
31.	I.V. Moxifloxacin 100ml.	As & when required
32.	I.V. N/2 Solution. 500 ml.	20000 bot
33.	I.V. N/3 Solution. 500 ml.	As & when required
34.	I.V. N/4 Solution. 500 ml	As & when required
35.	I.V. Normal Saline 500ml. / 100 ml	120000 bot
36.	I.V. Ofloxacin 100ml.	As & when required
37.	I.V. Paracetamol 1000mg/100ml	As & when required

SR

[Handwritten signature]

82.	Inj. Artisunate 60 mg.	15000 vial
83.	Inj. Amphotericin B 10 ml.	As & when required
84.	Inj. Atracurium Besalate.	500 amp
85.	Inj. Atropin Sulphate.	20000 amp
86.	Inj. Benzathine Penicillin 12 lac.	As & when required
87.	Inj. Betamethasone	As & when required
88.	Ini. Bupivacaine 0.25%	As & when required
89.	Ini. Bupivacaine 0.5%	500 amp/vial
90.	Ini. Bupivacaine 0.5% with Dextrose	10000 amp/vial
91.	Ini. Buprinorphine 0.3 mg/ml.	As & when required
92.	Ini. Butorphanol. 1 mg/ml.,	As & when required
93.	Inj. Butorphanol. 2 mg/ml	2500 amp
94.	Ini. Calcium Gluconate.	5000 amp
95.	ini. Camylofin di HCL.	As & when required
96.	Inj. Carbamazepine 100 mg.	As & when required
97.	Inj. Cefoperazone 1 gm.	10000 vial
98.	Inj. Cefotaxime 125mg.	5000 vial
99.	Inj. Cefotaxime 250mg.	5000 vial
100.	Inj. Cefotaxime 500mg.	10000 vial
101.	Inj. Cefotaxime 1gm.	100000 vial
102.	Inj. Cefotaxime + Sulbactam (1 gm + 500 mg Each)	As & when required
103.	Inj. Cefepime 1gm./500mg/250mg	5000 vial
104.	Inj. Cefepime +Tazobactam 1.125gm	As & when required
105.	Inj. Ceftazidime 1gm.	35000 vial
106.	Inj. Ceftriaxone (1gm.)	150000 vial
107.	Inj. Ceftriaxone + Sulbactam (1 gm + 500 mg Each)	30000 vial
108.	Inj. Ceftriaxone + Tazobactam (1 gm + 500 mg Each)	As & when required
109.	Inj. Ceftriaxone 125mg.	5000 vial
110.	Inj. Cefuroxime 250mg./ 500mg	As & when required
111.	Inj. Cefoperazone + Tazobactam 1.125gm.	As & when required
112.	Inj. Ceftriaxone 500mg.	10000 vial
113.	Inj. Chloramphenical 1 gm.	As & when required
114.	Inj. Cephazolin 250mg/500mg	As & when required
115.	Inj. Clonidine	As & when required
116.	Inj. Corderan	As & when required
117.	Inj. Crystalline Penicillin (10 lac IU)	5000 vial
118.	Inj. Carboprost Tromethamine	5000 vial
119.	Inj. Chloroquine 40mg/ml	10000 amp
120.	Inj. Chlorpromazine	As & when required
121.	Inj. Drotaverin	As & when required
122.	Inj. Dexmedetomidide	As & when required
123.	Inj. Droperidol	As & when required
124.	Inj. Diltiazem	As & when required
125.	Inj. Digoxin 0.5mg/2ml	As & when required
126.	Inj. Dicyclomine 10mg/ml	5000 vial
127.	Inj. Dexamethasone 8mg./2ml-	50000 vial

169.	Inj. Intracameral Adrenaline.	As & when required
170.	Inj. Intraconazole	As & when required
171.	Inj. Intracameral Pilocarpine	As & when required
172.	Inj. I.M. Gamaglobulin 10% & 16.5%	As & when required
173.	Inj. Introglycerine	As & when required .
174.	Inj. Isoflurance 100 ml./250ml	500 ph
175.	Inj Iomeron 400, 370, 300,100, 50 ML.	As & when required
176.	Inj. Isoprenalline.	As & when required
177.	Inj. Iomeprol 400mg [^]	As & when required
178.	Inj Iohexol 300mg/ml	As & when required
179.	Inj Iodixanol 100ml	As & when required
180.	Inj. Iron Dextrone	As & when required
181.	Inj. Iron Sucrose 100mg	As & when required
182.	Inj. Isopline.	As & when required
183.	Inj. Kanamycin 0.75 gm.	As & when required
184.	Inj. Ketorlac Sodium.	As & when required
185.	Inj. Ketamine Hcl 50 Mg / 10ml.	3000 vial
186.	Inj. Lorazepam	As & when required
187.	Inj. Lignocaine 1%. With Epinephrine	As & when required
188.	Inj. Lignocaine 2%. With Epinephrine	As & when required
189.	Inj. Lignocaine 0.5%.	500 vial
190.	Inj. Lignocaine 1%.	300 vial
191.	Inj. Lignocaine 2%. 30ml/50ml	10000 vial
192.	Inj. Lignocaine 5%. Heavy	As & when required
193.	Inj. Lignocaine 2 % Preservative Free 30 ml.	As & when required
194.	Inj. Levobupivacaine 0.5% - 4ml/20ml	
195.	Inj. Lignocaine viscus.	As & when required
196.	Inj. 2% Lignocaine with Adrenalin.	5000 vial
197.	Inj. Low Molecular Weight Heparin.	As & when required
198.	Inj. Magnesium Sulphate.	25000 amp
199.	Inj. Medroxyprogesteron Acetate.	As & when required
200.	Inj. Mephentermine 10 ml.	As & when required
201.	Inj. Meropenam 1 gm./500mg/250mg	As & when required
202.	Inj. Mesoprostal	As & when required
203.	In]. Methyl Prednisolane 1gm/ 125mg/40mg/500mg	5000 vial
204.	Inj. Methyl Ergometrine.	15000 vial
205.	Inj. Methylcobal.	As & when required
206.	Inj. Metoclopramide.	50000 amp
207.	In]. Metoprolol 5 ml.	As & when required
208.	In]. Midazolam 10 mg /10 ml.	2500 vial
209.	In]. Morphine.	As & when required
210.	Inj. Multivitamin.	As & when required *
211.	Inj. Nifedipine	As & when required
212.	Inj. Neostegmin.	2000 amp
213.	Inj. Nikardin.	As & when required
214.	Inj. Netilmycin 10mg/25mg/50mg	As & when required

261.	Ini. Stibogluconate	As & when required
262.	Ini. Salbutamol.	As & when required
263.	Ini. Salbutamol + Ipratropium Solution	As & when required
264.	In]'. Sodium Valproate 200 mg.	As & when required
265.	Ini. Sodium bicarbonate.	5000 amp
266.	Ini. Somatostatin 250 meg.	As & when required
267.	Ini. Terbutaline.	As & when required
268.	Ini Tetnus Antitoxin	1000 amp
269.	Ini. Tetnus Immunoglobulin 250 mg.	500 vial
270.	Ini. Tetnus Toxoide vaccine.	15000 amp
271.	Ini. Ticoplanin 400 mg	As & when required
272.	Ini. Tobramycin 20 mg.	As & when required
273.	Ini. Thiopentone Sodium 0.5 gm.	2000 vial
274.	In]'. Triamcinlone	As & when required
275.	Ini. Tramadol Hcl 50mg/ml	5000 amp
276.	Ini Tranexamic Acid	20000 amp
277.	Ini. Urokinase 500000 I.U.	As & when required
278.	Ini. Vancomycin 500 mg.	5000 vial
279.	Ini. Vecuronium Bromide 4 mg.	500 amp
280.	Ini. Verapamil 40 mg.	As & when required
281.	Ini. Veraeamic	As & when required
282.	Ini. Vitamin-A 50000 IU/ml	As & when required
283.	Ini. Vasopressin	As & when required
284.	Ini. Vitamin-K	As & when required
TABLETS & CAPSULES		
285.	Cap. Amoxicillin 250mg.	20000 tab
286.	Cap. Amoxicillin 500mg.	50000 tab
287.	Tab/ cap Amoxicillin + Clavulanate <i>625 mg</i>	As & when required
288.	Tab. Acetylsalicylic Acid	As & when required
289.	Tab. Adrenochrome Semi Carbozone	As & when required
290.	Tab. Albendazole 400mg.	5000 tab
291.	Tab. Alprazolam 0.25mg/0.5mg.	500 tab
292.	Tab. Ascorbic Acid (Vitamin C)	As & when required
293.	Tab. Amytriptilline.	As & when required
294.	Tab. Amitryptiline 10 mg/25 mg	As & when required
295.	Tab. Ambraxol 15 mg	As & when required
296.	Tab. Amlodipine 5 mg/10mg	As & when required
297.	Tab. Antacid.	As & when required
298.	Tab. Artisunate 50 mg.	As & when required
299.	Tab. Artisunate + Sulphadoxim + Pyrimethanuine	As & when required
300.	Tab. Asthalin.	As & when required
301.	Tab. Atenolol 50 mg.	As & when required
302.	Tab. Azathioprine 50mg.	As & when required
303.	Tab. Azithromycin 250 mg / 500 mg	As & when required
304.	Tab. Keto Conazole 200 mg.	As & when required
305.	Cap. Itraconazole 100 mg / <i>200 mg</i>	As & when required

SP

[Handwritten signature]

352.	Tab. Diclofenac Sodium 50 / 100 mg.	60000 tab
353.	Tab. Dicyclomine Hydrochloride	10000 tab
354.	Tab. Di-ethyl Carbazine 100mg.	As & when required
355.	Tab. Diloxamide Fureate.	As & when required
356.	Tab. Disopyramide.	As & when required
357.	Tab. Dicyclomine 100 mg.	10000 tab
358.	Tab. Domperidone.	As & when required
359.	Cap. Doxy eye line 100mg.	25000 tab
360.	Tab. Erythromycin 250mg / 500 mg.	As & when required
361.	Tab. Erythromycin kid,	As & when required
362.	Tab. Etophyllin + Theophyllin	As & when required
363.	Tab. Ethionamide 250 mg.	As & when required
364.	Tab. Ethamsylate 250 mg.	As & when required
365.	Tab. Ethambutol 400mg / 800 mg	10000 tab
366.	Tab. Famotidine 40mg.	As & when required
367.	Tab. Famcyclovir 250 mg.	As & when required
368.	Tab. Fexofenadine.	As & when required
369.	Tab. Finasperide 5 mg.	As & when required
370.	Tab. Fluconazole 150mg.	2000 tab
371.	Tab. Fluconazole 200mg./400mg	As & when required
372.	Tab. Fluconazole 50mg.	As & when required
373.	Tab. Frusemide 10m g./20mg. /40mg.	As & when required
374.	Tab. Flavoxate 200 mg.	As & when required
375.	Tab. Gefitinib 250 mg.	As & when required
376.	Tab. Gatifloxacin 200 mg.	As & when required
377.	Tab. Glibenclamide 5 mg.	As & when required
378.	Tab. Glipizide 5mg & Metformin 500mg.	As & when required
379.	Tab. Gliclazide 30 mg	As & when required
380.	Tab. Glimipride 1 mg /2 mg	As & when required
381.	Tab. Griseofluvin 250 mg.	As & when required
382.	Tab. Hydrourea 500 mg	As & when required
383.	Tab. Hydrochloroquine 200 mg	As & when required
384.	Tab. Haloperidol 50 mg	As & when required
385.	Tab. Ibuprofen + Paracetamol.	60000 tab
386.	Tab. Ibuprofen 400mg.	20000 tab
387.	Tab. Isoniazide 300mg.	10000 tab
388.	Tab. Itopride 50 mg.	As & when required
389.	Cap. Iron+ Folic Acid	50000 tab
390.	Tab. Lanoxin 0.25 mg	As & when required
391.	Tab. Lansoprazole.	As & when required
392.	Tab. Levodopa 100 mg +Carbidopa 10 mg	As & when required
393.	Tab. Lo per amide 2 mg	As & when required
394.	Tab. Largactil 50mg.	As & when required
395.	Tab. Levocetizine 10mg.	20000 tab
396.	Tab. Linozobid.	As & when required
397.	Tab. Loratidine.	As & when required
398.	Tab. Misoprostol 200mcg/50mcg/25mcg	10000 tab

446.	Tab. Sorbitrate.	As & when required
447.	Tab. Spiramycin	As & when required
448.	Tab. Spironolactone	As & when required
449.	Tab. Sulfasalazine 500 mg	As & when required
450.	Tab. Terbutaline.	As & when required
451.	Tab. Terbinafin 250 mg.	As & when required
452.	Tab. Theophyllin.	As & when required
453.	Tab. Thalidomide 100mg	1000 tab
454.	Tab. Thyroxine 50 meg.	As & when required
455.	Tab. Tinidazole 500 mg.	As & when required
456.	Tab. Tramadol Hcl 50mg/ 100mg.	As & when required
457.	Tab. Trihexiphenidyl 2mg.	As & when required
458.	Tab. Trypsin and Chymotrypsin	As & when required
459.	Tab. Verapamil 40mg.	As & when required
460.	Tab. Vit-E 400mg.	As & when required
461.	Tab. Vit-K 1 ml	As & when required
462.	Oral Rehydration WHO recon. formula	As & when required
463.	Probiotic and Prebiotic Sacchets	As & when required
SYRUP, OINTMENT, DROP, SOLUTION		
464.	Drop. Atropin Eye Drop.	400 ph
465.	Drop. Aciclovir Eye Drop.	As & when required
466.	Drop. Amikacin Eye Drop.	As & when required
467.	Drop. Betoxolol 0.5%	1000 ph
468.	Drop. Brimonodine Tartrate 2 mg.	1000 ph
469.	Drop. Bimatoprost 0.3 mg .	1000 ph
470.	Drop. Carboxymethyl Cellulose Sodium 0.5%	500 ph
471.	Oint Lignocian 5%	As & when required
472.	Nitroglycerin Patch	As & when required
473.	Recombinant Human Epidermal Growth Factor Gel -15g/20ml	As & when required
474.	Drop. Camphor 0.01% + Menthol 0.005 % + ^{7.5 gm}	500 ph
475.	Drop. Chloromycetin + Clotrimazole + Dexamethasone + ^{Lignocaine HCL Ear drop}	As & when required
476.	Drop. Ciprofloxacin Eye/Ear Drop.	As & when required
477.	Drop. Ciprofloxacin + Dexamethasone Eye/Ear Drop.	As & when required
478.	Drop. Cyclopentolate Eye Drop.	600 ph
479.	Drop. Chloramphenicol Eye Drop.	600 ph
480.	Drop. Dexamethasone Eye/Ear Drop	500 ph
481.	Drop. Epinastine Hcl Eye/Ear Drop	As & when required
482.	Drop. Erythromycin 0.6% Eye/Ear Drop	As & when required
483.	Drop. Fluorometholone Acetate 1%	500 ph
484.	Drop. Fluconazole Eye Drop	200 ph
485.	Drop. Flurbiprofen Eye Drop.	200 ph
486.	Drop. Gatifloxacin Eye Drop.	2000 ph
487.	Drop. Gatifloxacin + Prednisolone Acetate	1000 ph
488.	Drop. Genticyn B Eye/Ear Drop.	As & when required
489.	Drop. Gentamicin Eye /Ear Drop.	As & when required
490.	Drop. Genticyn HC Eye /Ear Drop.	As & when required
491.	Drop. Gatifloxacin + Dexamethasone Eye Drop.	200 ph

539.	Syp. Metronidazole.	10000 ph
540.	Syp. Multivitamin.	As & when required
541.	Syp. Ofloxacin.	As & when required
542.	Syp. Paracetamol.	10000 ph
543.	Syp. Phenobarbitone.	As & when required
544.	Syp. Promethazine HCL	As & when required
545.	Syp. Pyrantel Palmote	As & when required
546.	Syp. Quinine. :	As & when required
547.	Syp. Salbutamol.	As & when required
548.	Syp. Sodium Valporate.	As & when required
549.	Syp. Trichlophos.	As & when required
550.	Syp. Volporin	As & when required
551.	Syp. Vitamin-E	As & when required
552.	Nitroglycerin Spray	As & when required
553.	Lignocain 10 % Spray	100 bot
554.	Butroclot Solution	As & when required
555.	10% Ithamal Glycerin	As & when required
556.	B.I.P. Peste 500mg	As & when required
557.	TMP-SMX DS 160/800 mg	As & when required
558.	Respules Duoline (Levosambutamol + Ipratropium Bromide)	As & when required
559.	Respules Budacort	As & when required
560.	Salmeterol+Budesonide Inhaler (200)	As & when required
561.	Formetrol+Corticosteroid Inhaler	As & when required
562.	Anaesthetic Ether.	As & when required
563.	Gypsona Plaster.	As & when required
564.	Plaster of Paris 50kg Tin/Bag.	12000 kg
565.	Oint. Atropin Sulphate 1 %	200 ph
566.	Oint. Atropin Sulphate 1 % S Eye Ointment	As & when required
567.	Oint. Acyclovir Eye Oint.	200 ph
568.	Oint. Clotrimazole	As & when required
569.	Oint. Chloramphenicol	200 ph
570.	Oint. Dexacort 'N' Eye Oint.	200 ph
571.	Oint. Erythromycin 0.6% Eye Oint.	As & when required
572.	Oint. Gatifloxacin	200 ph
573.	Oint. Hydrocortisone 0.5% Skin Cream	As & when required.
574.	Oint. Hydroxypropylmethyl Cellulose 2%	100 ph
575.	Oint. Intraconazole Eye Oint.	100 ph
576.	Oint. Ketoconazole ointment.	100 ph
577.	Oint. Neosporin + Hydrocortisone Eye Ointment.	As & when required
578.	Oint. Neomycin + Dexamethasone Eye Oint.	100 ph
579.	Oint. Neomycin + Polymyxin B Eye Oint.	100 ph
580.	Oint. Neosporm Skin/Eye Ointment.	200 ph
581.	Oint. Ofloxacin + Dexamethasone	As & when required
582.	Oint. Povidine Iodine 15gm. Tube	As & when required
583.	Oint. Povidine Iodine Ointment 250gm.	As & when required
584.	Oint. Silver Sulphadiazine 500gm./ 1000gm.	2500 kg
585.	Oint. Soframycin Skin Ointment.	As & when required

632	Cap. Imatinib Mesylate 100mg/400mg	As & When required
633.	Cap Curcuminloga 500mg	As & When required
634	Cap Hydroxy Urea 500mg	As & When required
635	Cap/ Tab Anastrozole 1 mg	As & When required
636	Cap/ /Tab Leucovorin Calcium 15 mg	As & When required
637	Cap/ Tab Gefipinib 250mg	As & When required
638	Cap/ Tab Capecitabine 500mg	As & When required
639	Cap /Tab Thalidomide 50 mg/ 100 mg/200mg	As & When required
640	Cap / Tab Etoposide 50mg	As & When required
641	Cap./ Tab Erlotinib 100mg/ 150mg	As & When required
642	Cap/ Tab Temozolomide 20mg/ 100mg	As & When required
643	Cap/ Tab Aprepitant 80mg/125mg	As & When required
644	Cap Imatinib Mesylate (40mg)	As & When required
645	Tab Methotrexate 2.5 mg	As & When required
646	Tab Bicalutamide 50mg .	As & When required
647	Tab. Busulfan	As & When required
648	Tab Calatanuide 50mg	As & When required
649	Tab Folinic Acid	As & When required
650	Tab. Mephalan 2 mg	As & When required
651	Tab. Mercaptopurine 50mg	As & When required
652	Tab Tamoxiphen 20 mg	As & When required
653	Tab. Thioguanine 25 mg	As & When required
654	Tab Tolbutamide(Androgen Ablaton drug)	As & When required
Drugs for Opportunistic Infection in PLHIV		
655	Nitazoxanide 500 mg	As & When required
656	Fluconazole IV- 200 mg	As & When required
657	Acyclovir IV 250 mg	As & When required
658	Inj. Gancyclovir 500mg	As & When required
659	Valganciclovir 450mg	As & When required
660	Cap Gancyclovir 250 mg	As & When required
661	Clindamycin 300mg	As & When required
662	Sulfadiazine 500mg	As & When required
663	Inj. Amphotericin B 50 mg	As & When required
664	Levofloxacin 500mg	As & When required
Anti Haemophelic Drugs		
665	Factor VIII 250	As & When required
666	Factor VIII 500	As & When required
667	Factor IX 600	As & When required

Note : Above mentioned Quantity may vary (change) on as & when basis & as per requirement of RIMS

RR

[Signature]