

राजेन्द्र आयुर्विज्ञान संस्थान
(झारखण्ड सरकार का एक स्वयत्तशासी संस्थान)
राँची-834009 (झारखण्ड)
दुरभाष: 0651-2541533, फ़ैक्स: 0651-2540629,
E-mail: rimsranchi@rediffmail.com



RAJENDRA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES
(An Autonomous Institute under Govt. of Jharkhand)
Ranchi-834009 (Jharkhand)
Phone: 0651-2541533, Fax: 0651-2540629,
Email : rimsranchi@rediffmail.com

Re-tender notice no. RIMS/Medicine Stores(1)/ 12375 Dated 24.10.2016

Tender paper for Medicine of RIMS, Ranchi

Issued to

M/s _____

Against money receipt number/RIMS, dated :

Cashier
RIMS, Ranchi

RAJENDRA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, RANCHI

Tender Paper for Medicine of RIMS, Ranchi

Re- tender Notice No. 12375 dated 24-10-2016 session 2016-2017

Issue to

M/s.....

.....

.....

Performa for Price Bid

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

Note:-

1. The price will be accept in the above given Performa only . In any other Performa price bid shall not be accepted.
2. If the name of any Medicine goods are mentioned by its trade (Brand) name in the tender items list, it does not mean the same brand only . The tender may quoted their tender for the same (have similar composition of items b their own brand name showing the similar composition).

Signature of Tender
With Seal



Medical Officer (Stores)
Rajendra Institute of Medical Sciences,
Ranchi.

RAJENDRA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, RANCHI

LIST OF MEDICINE

Tender No. 12375 dated 24/10/2016 (2016-17)

SI.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. Dextran - 40.	As & when required
3	I.V. Dextran - 70.	As & when required
4	I.V. Degraded Gelatin Polymer	As & when required
5	I.V. 25% Dextrose 25ml. amp.	As & when required
6	I.V. 50% Dextrose.	As & when required
7	I.V. Gatifloxacin 200 ml	As & when required
8	I.V. Gelo fusine. 500 ml	As & when required
9	I.V. Human Albumin. 20%	As & when required
10	I.V. Hydroxy Ethyle starch 3%	8000 bot
11	I.V. Hydroxy Ethyle starch 6%	As & when required
12	I.V. Hypertonic Saline.	As & when required
13	I.V. Intravenous 20% Fat Emulsion 250ml/500ml	As & when required
14	I.V. Isotonic Balanced Colloid Containing Calcium	As & when required
15	I.V. Isotonic Balanced Crystalloid Containing Calcium	As & when required
16	I.V. Levofloxacin 100ml.	As & when required
17	I.V. Linezolid 300ml/ 100ml	As & when required
18	I.V. Moxifloxacin 100ml.	As & when required
19	I.V. N/3 Solution. 500 ml.	As & when required
20	I.V. N/4 Solution. 500 ml	As & when required
21	I.V. Ofloxacin 100ml.	As & when required
22	I.V. Paracetamol 1000mg/100ml	As & when required
23	I.V. Peritoneal Fluid.	As & when required
24	I.V. 25% Human Albumine	As & when required
25	I.V. 3% Saline.	As & when required
26	I.V. Ringer lactate 500 ml. In Glass Bottle	500 bot
27	I.V. TPN Chamber Bag 144Qml (Total Parenteral Nutrition)	As & when required
28	I.V. Esomeprazole 40mg	As & when required
29	I.V. Sevoflurane 250ml	As & when required
30	Water for Injection	As & when required
	INJECTION	
31	Inj. Acyclovir 500 mg / 400mg	As & when required
32	Inj. Diclofenace aqous	As & when required
33	Inj. Paracetamol Suppository - 80 mg/170 mg/250 mg	As & when required
34	Inj. Esomeprozle 40 mg vial	As & when required
35	Inj. Levo Bupivacian 0.25% - 4 ml/10 ml/20 ml	As & when required
36	Inj. Lignocain 2% (50ml) Preservative free	As & when required
37	Inj. Vasopressin 40 unit / ml	As & when required
38	Inj. Isoprenaline	As & when required
39	Inj. Protamin	As & when required




40	Inj. Nipress	As & when required
41	Inj Adriamycin 50mg.	As & when required
42	Ini. Alteplase	As & when required
43	Inj. Aminophyllin 125mg/ml	500 vial
44	Inj". Amiodarone-50mg/ml	As & when required
45	Ini. Ampcillin + Cloxacillin Neonet.	As & when required
46	Ini. Ampicillin + Cloxacillin (125mg.each)	As & when required
47	Inj. Anti Thymocyte Globulin 100 meg.	As & when required
48	Inj'. Amrinone 100mg/20ml	As & when required
49	Ini Adrenochrome Monosemi Carbazone	5000 amp
50	Inj'. Anti Rabbits Vaccine	2000 vial
51	Ini. Anti-D Immunoglobulin 150 / 300mcg	As & when required
52	Ini. Artemether 40mg.	As & when required
53	Inj. Amphotericin B 10 ml.	As & when required
54	Inj. Atracurium Besalate.	500 amp
55	Inj. Benzathine Penicillin 12 lac.	As & when required
56	Ini. Bupivacaine 0.25%	As & when required
57	Ini. Buprinorphine 0.3 mg/ml.	As & when required
58	Ini. Butorphanol. 1 mg/ml.,	As & when required
59	Inj. Butorphanol. 2 mg/ml	2500 amp
60	ini. Camylofin di HCL.	As & when required
61	Inj. Carbamazepine 100 mg.	As & when required
62	Inj. Cefoperazone+Sulbactam	As & when required
63	Inj. Citicholine	As & when required
64	Inj. Ceftriaxone 125mg.	5000 vial
65	Inj. Cefuroxime 250mg./ 500mg	As & when required
66	Inj. Cephazolin 250mg/500mg	As & when required
67	Inj. Clonidine	As & when required
68	Inj. Corderan	As & when required
69	Inj. Crystalline Penicillin (10 lac IU)	5000 vial
70	Inj. Chlorpromazine	As & when required
71	Inj. Dexmedetomidine	As & when required
72	Inj. Droperidol	As & when required
73	Inj. Diltiazem	As & when required
74	Inj. Digoxin 0.5mg/2ml	As & when required
75	Inj. Dicyclomine 10mg/ml	5000 vial
76	Inj. Diclofenac Suppository 12.5mg/25mg/50mg/100mg	As & when required
77	Inj. Dobutamm 250mg/5ml	500 amp
78	Inj. Diatrizole Meglumine & Diatrizoete Sodium 60 %	500 amp
79	Inj. Diatrizole Meglumine & Diatrizoete Sodium 76 %	1000 amp
80	Inj. Equine Anti Rabbits Immunoglobulin	200 vial
81	Inj. Enalapril 2.5mg/5mg/ 10mg	As & when required
82	Inj. Ephedrine.	5000
83	Inj. Etomidate	1200
84	Inj. Epinephrine	As & when required
85	Inj. Electrolytes	As & when required
86	Inj. Esmolol.	As & when required

87	Inj. Fentanyl	As & when required
88	Inj. Fosphenytom	As & when required
89	Inj. Fluconazole	As & when required
90	Inj. Folic Acid	As & when required
91	Inj. Gadobenate Dimeglumine 10 ml.	As & when required
92	Inj. Gentamycin 40mg	As & when required
93	Inj. Glycopyrrolate 0.5 mg. + Neostigmine Methyl Sulp 2.5 mg / 5ml	1000
94	Inj. Haloperidol 5 ml.	As & when required
95	Inj. Halothane 100 ml / 250 ml Bottle (Liquid)	100 bot
96	Inj. Hepatitis B 20 Meg.	As & when required
97	Inj. Hepatitis B Immunoglobulin 200 I.V/ ml	As & when required
98	Inj. Human I V I G "5 mg	As & when required
99	Inj. Hyaluronidase 1500 iu	As & when required
100	Inj. 2% Hydroxypropoxy Premethyle Cellulose (Pre-Filled Syringe)	i As & when required
101	Inj. Human Anti Rabbits Immunoglobulin.	500 vial
102	Inj. Haemocoagulase.	5000 amp
103	Inj. Imipenam 250mg	As & when required
104	Inj. Insulin Human Actrapid.	100 vial
105	Inj. Insulin Human Mixterd	100 vial
106	Inj. Regular Insulin 40 IU/ml	500 vial
107	Inj. Intracameral Adrenaline.	As & when required
108	Inj. Intraconazole	As & when required
109	Inj. Intracameral Pilocarpine	As & when required
110	Inj. I.M. Gamaglobulin 10% & 16.5%	As & when required
111	Inj. Isoflurance 100 ml./250ml	500 ph
112	Inj lomeron 400, 370, 300,100, 50 ML.	As & when required
113	Inj. Isoprenalline.	As & when required
114	Inj. lomeprol 400mg [^]	As & when required
115	Inj lohexol 300mg/ml	As & when required
116	Inj Iodixanol 100ml	As & when required
117	Inj. Iron Dextrone	As & when required
118	Inj. Kanamycin 0.75 gm.	As & when required
119	Inj. Ketorlac Tromethamine 30mg/ml	As & when required
120	Inj. Ketamine Hcl 50 Mg / 10ml.	3000 vial
121	Inj. Lorazepam	As & when required
122	Inj. Lignocaine 1%. With Epinephnne	As & when required
123	Inj. Lignocaine 2%. With Epinephrine	As & when required
124	Inj. Lignocaine 0.5%.	500 vial
125	Inj. Lignocaine 1%.	300 vial
126	Inj. Leveteraetam	As & when required
127	Inj. Lacosamide	As & when required
128	Inj. Levosalbutamol + Iprapropium Bromide	As & when required
129	Inj. Lignocaine 5%. Heavy	As & when required
130	Inj. Lignocaine 2 % Preservative Free 30 ml.	As & when required
131	Inj. Levobupivacain 0.5% - 4ml/20ml	

132	Inj. Lignocaine viscus.	As & when required
133	Inj. Medroxyprogesteron Acetate.	As & when required
134	Inj. Mesoprostal	As & when required
135	Inj. Methyl Ergometrine.	15000 vial
136	Inj. Mistrabron	As & when required
137	Inj. Methylcobal.	As & when required
138	Inj. Metoprolol 5 ml.	As & when required
139	Inj. Midazolam 10 mg /10 ml.	2500 vial
140	Inj. Morphine.	As & when required
141	Inj. Nifedipine	As & when required
142	Inj. Neostegmin.	2000 amp
143	Inj. Nikardin.	As & when required
144	Inj. Netilmycin 10mg/25mg/50mg	As & when required
145	Inj. Nikethamide.	1000 amp
146	Inj. Nitroprusside.	As & when required
147	Inj. Nor-adrenaline.	As & when required
148	Inj. Nondrolone Phenyl Propionate 50 mg.	As & when required
149	Inj. Nalbuphine	As & when required
150	Inj. Octreotide 50 meg	As & when required
151	Inj. Phenylephrine	As & when required
152	Inj. Pentazocine.	10000 amp
153	Inj. Pethidine 100mg.	As & when required
154	Inj. Promethazine	1000 amp
155	Inj. Procaine Penicillin 4 Lacs	As & when required
156	Inj. Phenobarbitone.*	2500 amp
157	Inj. Pilocarpin 2% & 4%	As & when required
158	Inj. Piracetam 200mg/15ml.	As & when required
159	Inj. Piroxicam 20mg/ml	As & when required
160	Inj. Pralidoxime Iodide 500 mg.	As & when required
161	Inj. Pralidoxime Iodide 250 mg.	As & when required
162	Inj. Protamine	As & when required
163	Inj. Propofol 1% 50 ml	200 vial
164	Inj. Propofol 1% 20 ml	500 vial
165	Inj. Propranolol.	As & when required
166	Inj. Prochlorperazine	As & when required
167	Inj. Quinarsol.	As & when required
168	Inj. Quinine Di-Hydrochloride 300mg/ml	20000 amp
169	Inj. Rabeprazole.	As & when required
170	Inj. Reptilase.	As & when required
171	Inj. Reviparin Sodium.	As & when required
172	Inj. Ropivacaine 2% / 7.5% / 0.5%	As & when required
173	Inj. Rocuronium Bromide 5 ml Vial	500 amp
174	Inj. Sorbitrate	As & when required
175	Inj. Streptomycine 0.75 mg.	2000 vial
176	Inj. Succinyl choline.	500 vial
177	Inj. Sulbactam 500mg. + Cefoperozone 500mg.	5000 vial
178	Inj. Sodium Nitroprusside 50 mg	As & when required

179	Inj. Stibogluconate	As & when required
180	Inj. Salbutamol.	As & when required
181	Inj. Salbutamol + Ipratropium Solution	As & when required
182	Inj. Sodium Valproate 200 mg.	As & when required
183	Inj. Somatostatin 250 meg.	As & when required
184	Inj. Terbutaline.	As & when required
185	Ini Tetnus Antitoxin	1000 amp
186	Inj. Tetnus Toxoide vaccine.	15000 amp
187	Inj. Ticoplanin 400 mg	As & when required
188	Inj. Tobramycin 20 mg.	As & when required
189	Inj. Thiopentone Sodium 0.5 mg.	2000 vial
190	Inj. Triamcinlone	As & when required
191	Inj. Urokinase 500000 I.U.	As & when required
192	Inj. Vecuronium Bromide 4 mg.	500 amp
193	Inj. Verapamil 40 mg.	As & when required
194	Inj. Veraeamic	As & when required
195	Inj. Vitamin-A 50000 IU/ml	As & when required
196	Inj. Vasopressin	As & when required
197	Inj. Vitamin-K	As & when required
	TABLETS & CAPSULES	
198	Tab. Acetylsalicylic Acid	As & when required
199	Tab. Adrenochrome Semi Carbozone	As & when required
200	Tab. Alprazolam 0.25mg/0.5mg.	500 tab
201	Tab. Activated Charcol	As & when required
202	Tab. Ascorbic Acid (Vitamin C)	As & when required
203	Tab. Amytriptilline.	As & when required
204	Tab. Amitryptiline 10 mg/25 mg	As & when required
205	Tab. Ambraxol 15 mg	As & when required
206	Tab. Amlodipine 5 mg/10mg	As & when required
207	Tab. Antacid.	As & when required
208	Tab. Artisunate 50 mg.	As & when required
209	Tab. Artisunate + Sulphadoxim + Pyrimethanuine	As & when required
210	Tab. Asthalin.	As & when required
211	Tab. Azathioprine 50mg.	As & when required
212	Tab. Keto Conazole 200 mg.	As & when required
213	Cap. Itraconazole 100 mg	As & when required
214	Cap. Ampicillin + Dicloxacillin (250mg. each)	50000 cap
215	Cap. Ampicillin + cloxacillin kid. <	As & when required
216	Cap. Artemether 40mg.	As & when required
217	Cap. Artemether 80mg.	As &, when required
218	Tab. Acetazolamide 250 mg	As & when required
219	Tab. Acyclovir 800 mg.	As & when required
220	Tab. Amiodarone	As & when required
221	Tab. Bicalutamide 50 mg.	As & when required
222	Cap. B-Complex.	25000 tab
223	Tab. Bisacodyl 10 mg	25000 tab
224	Tab. Balcofen 25 mg	As & when required

225	Tab. Beta Histine 16 mg /24 mg	As & when required
226	Cap. Chloramphenicol.	As & when required
227	Cap. Clarithromycin.500mg	As & when required
228	Tab. Carbamazepine 300 mg.	As & when required
229	Tab. Carvidelol 12.5 mg / 25 mg.	As & when required
230	Tab. Cefadroxyl 125mg / 500 mg	As & when required
231	Tab. Cefadroxyl kid.	As & when required
232	Tab. Cephalexin 250 mg. / 500 mg.	As & when required
233	Tab. Cetirizine Hcl 10mg.	75000 tab
234	Tab. Cinnarzine 25 mg /50 mg	As& when required
235	Tab. Chlorzoxasone 500 mg + Tab Diclofenac 50 mg+	As &when required
236	Tab. Chloroquine phosphate 150 mg.	10000 tab
237	Tab. Clofagimine	As & when required
238	Tab. Chymoral plus.	As & when required
239	Tab. Clarithromycin 250 mg.	As & when required
240	Tab. Cefopodoxime 500 mg.	As & when required
241	Tab. Chlordiazepoxide 5mg + Clinidium Bromide 2.5mg.	As & when required
242	Tab. Chlorpheniramine Maleate 25 mg.	As & when required
243	Tab. Clotrimazole Vaginal	As & when required
244	Tab. Clonazepam 0.25 mg.	As & when required
245	Tab. Cyclophosphamide 50mg.	As & when required
246	Tab. Cycloserin 250 mg.	As & when required
247	Tab. Dapsone 100 mg.	As & when required
248	Tab. Dexamethasone.	As & when required
249	Tab. Diacobal 1.5	As & when required
250	Tab. Dulcolax	As & when required
251	Tab. Diazepam 5 mg.	1000 tab
252	Tab. Disprine (325 mg)	As & when required
253	Tab. Diclofenac Sodium 50 / 100 mg.	60000 tab
254	Tab. Dicyclomine Hydrochloride	10000 tab
255	Tab. Di-ethyl Carbazine 100mg.	As & when required
256	Tab. Diloxamide Fureate.	As & when required
257	Tab. Disopyramide.	As & when required
258	Tab. Dicyclomine 100 mg.	10000 tab
259	Tab. Domperidone.	As & when required
260	Cap. Doxycycline 100mg.	25000 tab
261	Tab. Erythromycin kid,	As & when required
262	Tab. Etophyllin + Theophyllin	As & when required
263	Tab. Ethionamide 250 mg.	As & when required
264	Tab. Ethamsylate 250 mg.	As & when required
265	Tab. Ethambutol 400mg / 800 mg	10000 tab
266	Tab. Famotidine 40mg.	As & when required
267	Tab. Famcyclovir 250 mg.	As & when required
268	Tab. Finasperide 5 mg.	As & when required
269	Tab. Fluconazole 200mg./ 400mg	As & when required
270	Tab. Fluconazole 50mg.-	As & when required
271	Tab. Frusemide 10m_g./20mg._/40mg.	As & when required

272	Tab. Flavoxate 200 mg.	As & when required
273	Tab. Gefitinib 250 mg.	As & when required
274	Tab. Gatifloxacin 200 mg.	As & when required
275	Tab. Glibenclamide 5 mg.	As & when required
276	Tab. Glipizide 5mg & Metformin 500mg.	As & when required
277	Tab. Gliclazide 30 mg	As & when required
278	Tab. Griseofluvin 250 mg.	As & when required
279	Tab. Hydrourea 500 mg	As & when required
280	Tab. Hydrochloroquine 200 mg	As & when required
281	Tab. Haloperidol 50 mg	As & when required
282	Tab. Ibuprofen + Paracetamol.	60000 tab
283	Tab. Ibuprofen 400mg.	20000 tab
284	Tab. Isoniazide 300mg.	10000 tab
285	Tab. Itopride 50 mg.	As & when required
286	Cap. Iron+ Folic Acid	50000 tab
287	Tab. Lanoxin 0.25 mg	As & when required
288	Tab. Lansoprazole.	As & when required
289	Tab. Levodopa 100 mg +Carbidopa 10 mg	As & when required
290	Tab. Lo per amide 2 mg	As & when required
291	Tab. Largactil 50mg.	As & when required
292	Tab. Levocetizine 10mg.	20000 tab
293	Tab. Linozobid.	As & when required
294	Tab. Loratidine.	As & when required
295	Tab. Misoprostol 200mcg/50mcg/25mcg	10000 tab
296	Tab. Methylcobal.	5000 tab
297	Tab. Methotrexate 2.5 mg	As & when required
298	Tab. Methyl Prednisolone 8 mg. / 16 mg.	As & when required
299	Tab. Methyldopa.	As & when required
300	Tab. Miglitol 25 mg /50 mg	As & when required
301	Tab. Metoprolol 12.5 & 25 mg	As & when required
302	Tab. Nifedipine 5mg/10mg sublingual	As & when required
303	Tab. Nitro Glycerine 2.6 mg / 6.4 mg.	As & when required
304	Tab. Nebiritol 2.5 Mg / 5 mg.	As & when required
305	Tab. Nitrofurantocin 100 mg	As & when required
306	Cap. Nifedipine 10mg.	As & when required
307	Tab. Ofloxacin 200 mg. / 400 mg.	As & when required
308	Tab. Carbamazepine	As & when required
309	Tab. Ornidazole 500 mg.	As & when required
310	Tab. Oxytetracycline	As & when required
311	Tab. Parazocin 5 mg.	As & when required
312	Tab. Paracetamol 500mg.	50000 tab
313	Tab. Promethazine 25 mg.	As & when required
314	Tab. Pheniramine Maleate.50mg	10000 tab
315	Tab. Phenytoin 100 mg	5000 tab
316	Tab. Pioglitazone 15 mg /30 mg	As & when required
317	Tab. Piperazine 500 mg.	As & when required
318	Tab. Propanolol 40 mg.	As & when required

319	Tab. Primaquine 15 mg.	As & when required
320	Tab. Pyrazinamide 750mg.	20000 tab
321	Tab. Pyridostigmine 60mg.	As & when required
322	Tab. Quinine Hcl 300mg.	As & when required
323	Tab. Rifampicin kid.	As & when required
324	Tab. Rosiglitazone 2 mg / 4 mg	As & when required
325	Cap. Rifampicin 450 mg.	10000 tab
326	Cap. Rifampicin 450 mg.+ Isoniazide 300 mg	10000 tab
327	Tab. Salbutamol 2 mg.	As & when required
328	Tab. Serratiopeptidase IOmg.	25000 tab
329	Tab. Sod. Valporate 200mg.	As & when required
330	Tab. Sorbitrate.	As & when required
331	Tab. Spiramycin	As & when required
332	Tab. Spironolactone	As & when required
333	Tab. Sulfasalazine 500 mg	As & when required
334	Tab. Terbutaline.	As & when required
335	Tab. Terbinafin 250 mg.	As & when required
336	Tab. Theophyllin.	As & when required
337	Tab. Thalidomide IOmg	1000 tab
338	Tab. Thyroxine 50 meg.	As & when required
339	Tab. Tinidazole 500 mg.	As & when required
340	Tab. Tramadol Hcl 50mg/ IOmg.	As & when required
341	Tab. Trihexiphenidyl 2mg.	As & when required
342	Tab. Trypsin and Chymotrypsin	As & when required
343	Tab. Verapamil 40mg.	As & when required
344	Tab. Vit-E 400mg.	As & when required
345	Tab. Vit-K 1 ml	As & when required
346	Probiotic and Prebiotic Sacchets	As & when required
347	Tab. Vrsodeoxy Cholic acid 150mg/300mg	As & when required
348	Tab. Sylimarine 140 / 300 mg	As & when required
349	Syp. Dextromethropane + CPM	As & when required
350	Syp. Levodroperazine + CPM	As & when required
351	Inhaler Formeferol + Budesonide 200 / 400	As & when required
352	Respules Levosalbutamol + Ipratropium	As & when required
353	Respules Budesonide 1 mg / 2mg	As & when required
354	DPI Inhaler Formeterol + Budesonide	As & when required
	SYRUP, OINTMENT, DROP, SOLUTION	As & when required
355	Drop. Atropin Eye Drop.	As & when required
356	Drop. Aciclovir ye Drop.	1000 ph
357	Drop. Amikacin Eye Drop.	1000 ph
358	Drop. Betoxolol 0.5%	1000 ph
359	Drop. Brimonodine Tartrate 2 mg.	500 ph
360	Drop. Bimatoprost 0.3 mg .	As & when required
361	Drop. Carboxymethyl Cellulose Sodium 0.5%	As & when required
362	Oint Lignocian 5%	As & when required
363	Nitroglycerin Patch	As & when required

364	Recombinant Human Epidermal Growth Factor Gel - 15gm/ 7.5 gm	As & when required
365	Drop. Camphor 0.01% + Menthol 0.005 % + Naphazoline	As & when required
366	Drop. Chloromycetin + Clotrimazole + Dexamethasone +	600 ph
367	Drop. Ciprofloxacin + Dexamethasone Eye/Ear Drop.	500 ph
368	Drop. Cyclopentolate Eye Drop.	As & when required
369	Drop. Chloramphenicol Eye Drop.	As & when required
370	Drop. Dexamethasone Eye/Ear Drop	500 ph
371	Drop. Epinastine Hcl Eye/Ear Drop	200 ph
372	Drop. Erythromycin 0.6% Eye/Ear Drop	200 ph
373	Drop. Fluorometholone Acetate 1%	2000 ph
374	Drop. Fluconazole Eye Drop	1000 ph
375	Drop. Flurbiprofen Eye Drop.	As & when required
376	Drop. Gatifloxacin Eye Drop.	As & when required
377	Drop. Gatifloxacin + Prednisolone Acetate	As & when required
378	Drop. Genticyn B Eye/Ear Drop.	200 ph
379	Drop. Gentamicin Eye /Ear Drop.	200 ph
380	Drop. Genticyn HC Eye /Ear Drop.	200 ph
381	Drop. Gatifloxacin + Dexamethasone Eye Drop.	As & when required
382	Drop. Hydroxypropylmethyl Cellulose 2% in Syringe	400 ph
383	Drop. Homatropine Eye Drop	200 ph
384	Drop. Ketorolac Tromethamic Eye Drop	As & when required
385	Drop. Moxifloxacin Eye Drop	As & when required
386	Drop. Natamycin Eye Drop	As & when required
387	Drop. Neomycin + Clotrimazole + Dexamethasone Eye	As & when required
388	Drop. Neomycin + Hydrocortisone Eye Drop.	As & when required
389	Drop. Nasal Drop.	200 ph
390	Drop. Neosporin (Neomycin + Polymixine)	As & when required
391	Drop. Norflox Eye/Ear Drop.	As & when required
392	Drop. 3% Ofloxacin Eye Drop	As & when required
393	Drop. Otores Ear Drop.	As & when required
394	Drop. Olopatadine. Hydrochloride Eye drop.	As & when required
395	Drop. Ofloxacin + Dexamethasone Eye Drop.	100 ph
396	Drop. Potassium Iodide 3.3% + Sodium Chloride 0.83% +	500 ph
397	Drop. Polymyxin-B Eye Drop	As & when required
398	Drop. Pilocarpine 2 % Eye Drop	As & when required
399	Drop Prednisolone Acetate Susp. 1% Eye drop	300 ph
400	Drop. Tobramycin Eye Drop.	200 ph
401	Drop. Tropicamide 0.8% + Phenylephrine 5% Eye Drop.	200 ph
402	Drop. Tropicamide 1% Eye Drop.	2500 ph
403	Drop Timolol Maleate 0.5%	As & when required
404	Drop. Travoprost 0.004%	200 ph
405	Drop. Tropicamide 0.8% with Phenylephrine	1000 ph
406	Drop. Tobramycin + Dexamethasone Eye Drop.	5000 ph
407	Drop. Waxonil Ear Drop.	As & when required
408	Drop. B. Complex	10000 ph

409	Syp. Alkaline.	As & when required
410	Syp. Ampicillin + Cloxacillin.	As & when required
411	Syp. B Complex.	As & when required
412	Syp. Codeine	As & when required
413	Syp. Cefadroxyl.	As & when required
414	Syp. Cefuroxime	As & when required
415	Syp. Chloroquine.	As & when required
416	Syp. Cotrimoxazole.	As & when required
417	Syp. Cremalax	As & when required
418	Syp. Dextromethorphan	As & when required
419	Syp. Erythromycine	As & when required
420	Syp. Ferrous Fumarate/Sulphate	As & when required
421	Syp. Ibuprofen.	10000 ph
422	Syp. Liver Tonic.	As & when required
423	Syp. Metronidazole.	10000 ph
424	Syp. Ofloxacin.	As & when required
425	Syp. Paracetamol.	As & when required
426	Syp. Phenobarbitone.	As & when required
427	Syp. Promethazine HCL	As & when required
428	Syp. Pyrantel Palmote	As & when required
429	Syp. Quinine.	As & when required
430	Syp. Salbutamol.	As & when required
431	Syp. Sodium Valporate.	As & when required
432	Syp. Trichlophos.	As & when required
433	Syp. Volporin	100 bot
434	Syp. Vitamin-E	As & when required
435	Nitroglycerin Spray	As & when required
436	Lignocain 10 % Spray	As & when required
437	Butroclot Solution	As & when required
438	10% Ithamal Glycerin	As & when required
439	B.I.P. Peste 500mg	As & when required
440	TMP-SMX DS 160/800mg	As & when required
441	Respules Duoline (Levosalbutamol + Ipratropium Bromide)	As & when required
442	Respules Budacort	As & when required
443	Salmetrol+Budesonide Inhaler (200)	As & when required
444	Formetrol+Corticosteroid Inhaler	12000 kg
445	Anaesthetic Ether.	200 ph
446	Gypsona Plaster.	As & when required
447	Plaster of Paris 50kg Tin/Bag.	200 ph
448	Oint. Atropin Sulphate 1 %	As & when required
449	Oint. Atropin Sulphate 1 % S Eye Ointment	200 ph
450	Oint. Acyclovir Eye Oint.	200 ph
451	Oint. Chloramphenicol	200 ph
452	Oint. Dexacort 'N' Eye Oint.	As & when required.
453	Oint. Erythromycin 0.6% Eye Oint.	100 ph
454	Oint. Gatifloxacin	100 ph
455	Oint. Hydrocortisone 0.5% Skin Cream	100 ph

456	Oint. Hydroxypropylmethyl Cellulose 2%	As & when required
457	Oint. Intraconazole Eye Oint.	100 ph
458	Oint. Ketoconazole ointment.	100 ph
459	Oint. Neosporin + Hydrocortisone Eye Ointment.	200 ph
460	Oint. Neomycin + Dexamethasone Eye Oint.	As & when required
461	Oint. Neomycin + Polymyxin B Eye Oint.	As & when required
462	Oint. Neosporm Skin/Eye Ointment.	As & when required
463	Oint. Ofloxacin + Dexamethasone	2500 kg
464	Oint. Soframycin Skin Ointment.	5000 tube
465	Oint. Aminacrine Hydrochloride & Cetrimide 500gm/lkg	As & when required
466	Oint. Mupirocin	5000 bot
467	Lignocain Hydrochloride Gel 2%	As & when required
468	Heparin Tropical Gel	1000 ph
469	Hydrogen Peroxide.	5000 bot
470	High density Viscoelastic (for pheco surgery)	As & when required
471	Lignocain 4%	As & when required
472	Chlorinated Lime and Boric Acid Solution	As & when required
473	Balanced Salt Solution	As & when required
474	Benzyl Benzoate Lotion.	10000 bot
475	Iohexol 'Solution 100ml	As & when required
476	Povidone Iodine Pre Oparative Scrub Solution	As & when required
477	Chlorhexidine Pre Qparative Scrub Solution	As & when required
478	Povidone Iodine Ophthalmic Solution. 5%	As & when required
479	Solution Feracrylum 1%.	As & when required
480	Gel Feracrylum 1%.	1000 tube
481	Diclofenac Patch	As & when required
482	Nitroglycerin Patch	
483	Gel Dinoprostone 3gm	As & when required
484	4% Xylocaine Tropical Solution	As & when required
	ANTI CANCER DRUGS	
485	Inj. Docetaxel 20mg/80mg/ 120mg	As & when required
486	Inj. Oxaliplatin 50mg/100mg	As & when required
487	Inj. Pemetrexed 500mg/100mg	As & when required
488	Inj. Zoledronic Acid 4mg	As & when required
489	Inj. Methotrexate 15mg/50mg/250mg	As & when required
490	Inj. Cisplatin 10mg/50mg/vial	As & when required
491	Inj. Cyclophosphamide 500 mg	As & when required
492	Inj. Cytosine arabinoside 100mg/500mg/lgm	As & when required
493	Inj. Carboplatin 50mg/450mg	As & when required
494	Inj. Epirubicin 10mg/50mg	As & when required
495	Inj. 5 Flurouracil 250mg/5ml	As & when required
496	Inj. Leucovorin Calcium 50mg	As & when required
497	Inj. Mitomycin. C 10 ml	As & when required
498	Inj. Paclitaxel 30mg/100mg/260mg	As & when required
499	Inj. Bortezomib 2mg/3.5mg	As & when required
500	Inj. Vinblastine 10mg/10ml	As & when required
501	Gel Epidermal Growth Factor	As & when required

502	Anastrozole - oral Automative inheler	As & when required
503	Inj. Typher 2.5ml	As & when required
504	Inj. Typher 5ml	As & when required
505	Inj. Human Chorionic Gonadotropin 2000/ 5000/10000	As & when required
506	Cap. Imatinib Mesylate 100mg/400mg	As & when required
507	Cap. Curcuminlonga 500mg	As & when required
508	Cap. Hydroxy Urea 500mg	As & when required
509	Cap./Tab Anastrozole 1 mg	As & when required
510	Cap./Tab Leucovorin Calcium 15mg	As & when required
511	Cap./Tab Gefipinib 250mg	As & when required
512	Cap. /Tab Capecitabine 500mg	As & when required
513	Cap./Tab Thalidomide 50mg/ 100mg/200mg	As & when required
514	Cap./Tab Etoposide 50mg	As & when required
515	Cap. /Tab Erlotinib IOOrng/ 150mg	As & when required
516	Cap./Tab Temozolomide 20mg/100mg	As & when required
517	Cap./Tab Aprepitant 80mg/ 125mg	As & when required
518	Cap. Imatinib Mesylate(400mg)	As & when required
519	Tab. Methotrexate 2.5mg	As & when required
520	Tab. Bicalutamide 50mg.	As & when required
521	Tab. Bu'sulfan	As & when required
522	Tab..Calatanuide 50mg	As & when required
523	Tab. Folinic Acid	As & when required
524	Tab. Mephalan 2 mg	As & when required
525	Tab. Mercaptopurine 50mg	As & when required
526	Tab. Tamoxiphen 20mg	As & when required
527	Tab. Thioguanine 25mg	As & when required
528	Tab. Tolbutamide (Androgen Ablaton drug)	As & when required
	Drug for Opportunistic Infectionin PLHIV	As & when required
529	Nitazoxanide 500 mg	As & when required
530	Fluconazole IV – 200 mg	As & when required
531	Acyclovir IV 250 mg	As & when required
532	Inj Gancyclovir 500 mg	As & when required
533	Valganciclovir 450mg	As & when required
534	Cap. Gancyclovir 250mg	As & when required
535	Clindamycin 300mg	As & when required
536	Sulfadiazine 500mg	As & when required
537	Sulfadiazine 500mg	As & when required
538	Inj. Amphotericin B 50mg	
539	Levofloxacin 500mg	As & when required
	Drug for Anti Haemophelia Drugs	
540	Anti Haemophilic Factor VIII 250 IU	As & when required
541	Anti Haemophilic Factor VIII 500 IU	As & when required
542	Anti Haemophilic Factor VIII 1000 IU	As & when required
543	Anti Haemophilic Factor VII 1mg / 2mg	As & when required
544	Anti Haemophilic Factor IX 600 IU, 500 IU	As & when required
545	Anti Haemophilic Factor VIII 250 IU (3rd Generation Plasma/Albumin free)	As & when required

546	Anti Haemophilic Factor VIII 500 IU (3rd Generation Plasma/Albumin free)	As & when required
547	Anti Haemophilic Factor VIII 1000 IU (3rd Generation Plasma/Albumin free)	As & when required
548	Anti Haemophilic Factor VIII 1500 IU (3rd Generation Plasma/Albumin free)	As & when required

Note : Above mentioned quantity may vary (Change) on as & when basis & as per requirement of RIMS, Ranchi





Re-tender notice no. RIMS/Medicine Stores(1)/ ..1.2375..... Dated...24.10.16

पुनर्निविदा आमंत्रण सूचना

इस संस्थान में वर्ष 2016-17 के लिए केवल जेनेरिक औषधियों की आपूर्ति हेतु (पूर्व में आमंत्रित निविदा सूचना संख्या 6189 दिनांक 22.04.2016 के अन्तर्गत वैसे औषधियों जिनके लिए कोई निविदा प्राप्त नहीं हुई अथवा एकल निविदा प्राप्त हुई) लाईसेंसधारी सरकारी प्रतिष्ठानों/गैर सरकारी प्रतिष्ठानों/निर्माताओं एवं प्राधिकृत विक्रेताओं से मुहरबंद टंकित निविदा टू-बीड सिस्टम के अन्तर्गत (तकनीकी एवं मूल्य बीड अलग-अलग) सीलबंद लिफाफे में सिर्फ निबंधित डाक/स्पीड पोस्ट द्वारा आमंत्रित की जाती है। हाथो-हाथ अथवा अन्य किसी माध्यम से 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 28.10.2016 से 24.11.2016 तक। कार्य दिवस तथा कार्य अवधि में निविदादाता औषधि के लिए रू० 5000/- (पाँच हजार रूपए) नगद रूप से रोकड़पाल, रिम्स, राँची के पास जमा कर निविदा प्रपत्र प्राप्त कर सकते हैं अथवा रिम्स वेब साईट से डाउन लोड करके रू० 5000/- का डिमांड ड्राफ्ट (निदेशक, रिम्स, राँची के नाम) संलग्न कर निविदा में भाग ले सकते हैं। |
| क्रम सं०-2 | <u>निविदा समर्पित करने की अंतिम तिथि :-</u> | दिनांक 26.11.2016 को अपराह्न 4:30 बजे तक। |
| क्रम सं०-3 | <u>निविदा का तकनीकी भाग खुलने की तिथि</u> | दिनांक 28.11.2016 को अपराह्न 12:30 बजे रिम्स, निदेशक सभा सम्मेलन कक्ष में (सभी निविदादाता उक्त बैठक में क्रय समिति के समक्ष उपस्थित होने के लिए स्वतंत्र है)। |
| क्रम सं०-4 | निविदा की शर्तें | निविदा से संबंधित विस्तृत जानकारी एवं औषधियों की सूची संस्थान के वेबसाईट www.rimsranchi.org पर देखा जा सकता है। |

निविदा की अन्य शर्तें:-

- निविदादाता के तकनीकी बिड में निम्नांकित कागजात संलग्न करेंगे:-
 - 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/-, का बैंक ड्राफ्ट की मूल प्रति संलग्न करेंगे
 - (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 नोटरी 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 उपक्रम 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) निविदादाता का अद्यतन ड्रग लाईसेंस की छायाप्रति संलग्न होना चाहिए। अगर निविदादाता स्वयं निर्माता है तो MFG Licence की छायाप्रति अथवा अगर निविदादाता किसी निर्माता द्वारा प्राधिकृत फर्म है, 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 निर्देशित 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।
- (ङ) 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 सालाना हो साथ ही साथ प्राधिकार पत्र निर्गत करने वाले पदाधिकारी का पूरा नाम, पदनाम एवं मोबाईल नं० देना अनिवार्य है। वैसे निविदादाता, जो झारखण्ड राज्य के उद्योग विभाग द्वारा एस०एस०आई० का प्रमाण-पत्र के अन्तर्गत झारखण्ड मे ही सामग्रियों का निर्माण करते है, को वार्षिक टर्न ओवर की राशि में छूट प्रदान करने की शक्ति कय समिति को नीहित रहेगी जो झारखण्ड सरकार की उद्योग नीति के अनुसार होगा।
- (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 का Specification एवं अन्य संबंधित अभिलेख संलग्न करेंगे, जिसमें उक्त सामग्री की गुणवत्ता से संबंधित जानकारी हो। G.M.P Certified & WHO Approved Company वालो 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 अर्थात (2013-14, 2014-15 एवं 2015-16) में औसतन कंपनी एवं निर्माता के लिए न्यूनतम दो करोड़ रूपयों का प्रतिवर्ष टर्न ओवर या तीन वर्षों में कुल छः करोड़ रूपये का टर्न ओवर होना अनिवार्य है; तथा प्राधिकृत आपूर्ति कर्ता के लिए प्रत्येक वर्ष कम से कम एक करोड़ रूपया अथवा तीन वर्ष मे कम से कम तीन करोड़ का टर्न ओवर होना अनिवार्य है। जो चार्टर एकाउन्टेन्ट द्वारा अभिप्रमाणित एवं चार्टर एकाउन्टेन्ट द्वारा अंकेक्षित होना चाहिए जिसकी छायाप्रति संलग्न होना अनिवार्य है। वैसे निविदादाता, जो झारखण्ड राज्य के उद्योग विभाग द्वारा एस०एस०आई० का प्रमाण-पत्र के अन्तर्गत झारखण्ड मे ही सामग्रियों का निर्माण करते है, को वार्षिक टर्न ओवर की राशि में छूट प्रदान करने की शक्ति कय समिति को नीहित रहेगी जो झारखण्ड सरकार की उद्योग नीति के अनुसार होगा।
2. निविदादाता अपने निविदा में संलग्न सभी पृष्ठो 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।
 3. समर्पित निविदा का प्रत्येक पृष्ठ पर मुहर के साथ स्वअभिप्रमाणित होना अनिवार्य है।
 4. सभी निविदादाता द्वारा सूची में दिये हुए दवाओं के जेनेरिक नाम ही निविदा प्रपत्र में भरे जाएंगे। अन्यथा उनके निविदा पर विचार नहीं किया जायेगा।
 5. निविदित औषधियों 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।
 6. टूटे-फूटे Soiled, लीकेज वाले सामग्रियों को स्वीकार नहीं किया जायेगा।
 7. यदि किसी निविदादाता कम्पनी अथवा फर्म द्वारा इस निविदा के लिए किसी खास व्यक्ति को प्राधिकृत किया जाता है अथवा पावर ऑफ ऑटर्नी दिया जाता है तो उस कम्पनी अथवा फर्म द्वारा निर्गत प्राधिकार पत्र की मूलप्रति अथवा पावर ऑफ ऑटर्नी की सर्टिफाइड प्रति लगाना अनिवार्य होगा।
 8. क्रय समिति द्वारा अनुमोदित दर क्रय समिति के अनुमोदन के आलोक में आगामी निविदा के दरों का अनुमोदन होने तक मान्य होगा।
 9. औषधियों 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 जिसमें सभी वाँछित अभिलेख तथा निविदादाता द्वारा निविदित औषधियों की सूची होगी तथा 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. इस निविदा से संबंधित सभी प्रकार के निपटारे का न्यायिक क्षेत्र राँची होगा।
14. 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 जायगी।
15. 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।
16. 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।

M 28/10
निदेशक,
राजेन्द्र आयुर्विज्ञान संस्थान राँची।
28/10 27-10-16