

**संचालनालय स्वास्थ्य सेवाएँ**  
**मध्य प्रदेश**  
(उर्पाजन शाखा)  
इंडेन्ट फॉर्म – 1 ए

इंडेन्ट क्रमांक –

दिनांक –

इंडेन्टिंगशाखा का नाम –

इंडेन्टिंग अधिकारी का नाम एवं पद –

स.क्र.	विवरण	रिमांक
1	सामग्री का नाम, विस्तृत एवं स्पष्ट विवरण	
2	विस्तृत स्पेसिफिकेशन	
3	क्या उपरोक्त स्पेसिफिकेशन सक्षम अधिकारी/प्राधिकारी द्वारा निर्धारित/अनुमोदित है ?	
4	आवश्यक मात्रा एवं यूनिटस	
5	क्या उपरोक्त क्रय संचालनालय स्तर पर केन्द्रीयकृत प्रक्रिया से किया जाना है ?	
6	क्रय का प्रकार—सामान्य/आकस्मिक, अगर आकस्मिक है तो सक्षम स्वीकृतकर्ता अधिकारी का नाम व पद	
7	अनुमानित प्रति यूनिट लागत	
8	स्वीकृत योग्य अधिकतम प्रति यूनिट लागत सीमा	
9	क्या उपरोक्त क्रय हेतु पर्याप्त बजट उपलब्ध है ?	
10	क्या उपरोक्त क्रय हेतु सक्षम अधिकारी, प्राधिकारी की अनुमति प्राप्त है ?	
11	क्या उपकरण की वारंटी/गारंटी/ए0एम0सी0 संबंधी कोई विशेष आवश्यकता/शर्तें अधिरोपित किया जाना है ?	

प्रभारी संचालक  
नाम  
पद व सील  
दिनांक

शाखा इंचार्ज  
नाम  
पद व सील  
दिनांक

12	क्या उपकरण सामग्री का इंस्टालेशन संबंधित प्रदायकर्ता फर्म द्वारा ही किया जाना है। अगर हाँ, तो इंस्टालेशन हेतु उपयुक्त स्थान उपलब्ध है, या शीघ्र ही उपलब्ध होना संभावित है।	
13	उपरोक्त बिन्दु 11 एवं 12 की आवश्यकताओं के कारण अनुमानित मूल्य वृद्धि।	
14	क्या उपरोक्त सामग्री हेतु प्रदायकर्ता फर्म के पास कोई विशेष प्रमाणीकरण/लायसेंस एवं अनुभव, मापदण्ड होना चाहिए। अगर हाँ तो विस्तृत जानकारी दें ?	
15	अगर क्रय सीमित निविदा पद्धति के माध्यम से होना है तो क्या विभाग द्वारा पेनल सप्लायर की सूची रखी गई है, अगर हाँ, तो प्रमाणित प्रति संलग्न करें।	
16	क्या इस सामग्री हेतु पूर्व में किसी सप्लायर/ संस्था को ब्लेकलिस्ट अथवा प्रतिबंधित किया गया है ? अगर हाँ तो उक्त सूची की प्रमाणित प्रति संलग्न करें।	
17	क्या तकनीकी निविदा / प्री-क्वालिफिकेशन के माध्यम से सामग्री का सेम्पल प्राप्त किया जाना है ?	
18	तकनीकी निविदा / प्री-क्वालिफिकेशन बिड के मूल्यांकन हेतु प्रस्तावित विशेषज्ञगण एवं अधिकारीगण नाम व पद सहित ।	
19	सामग्री प्रदाय हेतु एफ.ओ.आर. डेस्टीनेशन एवं प्राप्तकर्ता अधिकारी का नाम व पद	
20	प्रदाय सामग्री की गुणवत्ता की प्रमाणिकता हेतु प्रक्रिया एवं सक्षम अधिकारी/प्राधिकारी (नाम व पद सहित)	
21	प्रदाय सामग्री की मात्रा एवं गुणवत्ता का सत्यापन हेतु समय-सीमा	
22	बिन्दु क्रमांक 21 को समय-सीमा में सुनिश्चित करने हेतु निर्धारित उत्तरदायी अधिकारी का नाम, पद	
23	क्या उक्त सामग्री का क्रय समानांतर अन्य स्रोत/माध्यम से तो नहीं किया जा रहा है ?	
24	क्या उपरोक्त क्रय हेतु किसी विशेष स्वीकृति की आवश्यकता है। अगर हाँ, तो उसकी जानकारी ?	
25	क्या उपरोक्त सामग्री भण्डार क्रय नियम 14 के अंतर्गत आरक्षित सूची में है ?	
26	क्या भण्डार क्रय नियमों के अधीन यह सामग्री सीधे सप्लायर आदेश किसी निकाय/फर्म से खरीदी जा सकती है। अगर हाँ, तो समस्त संस्थाएं /निकाए /फर्म की प्रमाणित सूची व इस संबंध में शासन के पत्र / निर्देश का संदर्भ ?	

प्रभारी संचालक  
नाम  
पद व सील  
दिनांक

शाखा इंचार्ज  
नाम  
पद व सील  
दिनांक

27	प्रस्तावित क्रय प्रक्रिया (ए) सीधे सप्लाइ आदेश (बी) एम.पी.एल.यू.एन. (सी) डी.जी.एस.एंड डी (डी) खुली निविदा (ई) सीमित निविदा (एफ) अन्य नियमाअनुरूप निर्धारित प्रक्रिया	
28	प्रस्तावित डिलीवरी शेड्यूल	
29	प्रस्तावित भुगतान शेड्यूल	
30	अन्य कोई शर्त/मापदंड/जानकारी जो उर्पाजन शाखा के लिये गुणवत्तापूर्ण विधिवत क्रय प्रक्रिया पूर्ण करने लाभकारी होगी	

उपरोक्त तथ्यों की जानकारी बिन्दुवार प्रमाणित कि गई है एवं क्रय संबंधी आवश्यक प्रक्रिया का पूर्णतः पालन सुनिश्चित किया गया है ।

स्वीकृति अधिकारी

(हस्ताक्षर सील सहित)

नाम

पद

दिनांक

प्रभारी संचालक

(हस्ताक्षर सील सहित)

नाम

पद

दिनांक

शाखा इंचार्ज

(हस्ताक्षर)

नाम

पद

दिनांक

नोट:- किसी भी कॉलम रिक्त ना छोड़ी जाये एवं जानकारी निरंक होने पर भी यह तथ्यों स्पष्ट अकिंत किया जायें । जानकारी अपूर्ण/अस्पष्ट होने पर क्रय प्रक्रियां विलंबित एवं दौषपूर्ण होना संभावित है जिस हेतु उर्पाजन शाखा जिम्मेदार नहीं होगी ।