



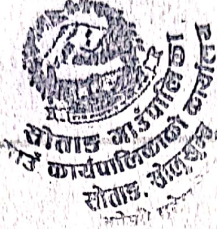
सोताङ गाउँपालिका

Sotang Rural Municipality
गाउँकार्यपालिकाको कार्यालय

Office of Rural Municipality Executive

सोताङ, सोलुखुम्बु
Sotang, Solukhumbu

प सं(Ref.no) ०८१।०८२
च नं (Desp.no)



कोशी प्रदेश, नेपाल
Koshi Province, Nepal

मिति : २०८१।१२।०७

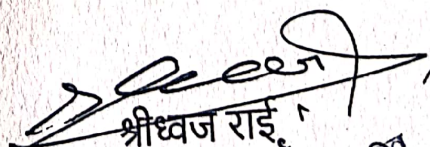
श्री औषधि तथा ल्याव सामग्री आपूर्ति कर्ता सबै

विषय :- शिलबन्दी कोटेशन आव्हान गरिएको सम्बन्धमा ।

प्रस्तुत विषयमा यस यस गाउँपालिकालाई यसै सुचना सँग सँगै माग फारम अनुसारको औषधि तथा ल्याव सामग्रीहरू खरिद आपूर्ति गर्नु पर्ने भएकोले यो सुचना सार्वजनिकरण भएको मितिले १५ दिन भित्र तपसिलका कागजात सहित रित्त पूर्वक प्रति ईकाई मुल्य अंकित दरभाउ सहित शिलबन्दी कोटेशन पेश गर्न ईच्छुक सप्लायर्स आपूर्तिकर्ताहरूका लागि यो सुचना सार्वजनिकरण गरिएको छ ।

पेश गर्नु पर्ने कागजातहरू

- १ फर्म दर्ता प्रमाण पत्र
- २ आ व २०८०/०८१ को करचुक्ता पत्र
- ३ फर्म नवीकरण भएको प्रमाणित कागज
- ४ कोटेशन ल्याव सामग्री र औषधिको छुट्टाछुट्टै


श्रीध्वज राई
निमित्त प्रमुख प्रशासकिय अधिकृत
निमित्त प्रमुख प्रशासकिय अधिकृत

"जनता प्रतिनिधि र कर्मचारीको एकता सम्बद्ध सोताङ निर्माणमा हाम्रो प्रतिबद्धता"
फोन नं : ०३८४११२०/ ०३८४११२४ www.sotangmun.gov.np ईमेल Mito.sotangmun@gmail.com



Scanned with OKEN Scanner



सङ्घ/प्रदेश/स्थानीय तह

२०७३ मन्त्रालय/विभाग/कार्यालय

कार्यालय कोड नं. :

माग फारम

म.ले.प. फारम नं. ४०१

साविकको फारम नं. ५०

आ.व. ८१/८२

माग नं. ०५

मिति : ०८/१२/१४

क्र.सं.	समानको नाम	स्पेसिफिकेशन	माग गरिएको		कैफियत
			एकाई	परिमाण	
१.	Tab Dcm	२००mg	mg	५००/-	
२.	Tab Aceclofenac	१००mg	tabs	१०००/-	
३.	Tab Diclofenac	५०mg	tabs	१०,०००/-	
४.	Tab Naproxen	२००mg	tabs	१०,०००/-	
५.	Tab Etodolac	१००mg	tabs	५०००/-	
६.	Tab Corticoid	०.५mg	tab	५००/-	
७.	Tab Ibuprofen	१००mg	tab	१०००/-	
८.	Tab ampicillin	२००mg	tab	१५००/-	
९.	Tab Cloxacillin	२००mg	tab	१५००/-	
१०.	Tab Ampiclox	२००mg	tab	२०००/-	
११.	Tab flucloxac	२००mg	tab	२०००/-	
१२.	Tab Cefixime	२००mg	tab	२०००/-	
१३.	Tab Cefixime	४००mg	tab	२०००/-	
१४.	Tab Azithromycin	५००mg	tab	१५००/-	
१५.	Cep Amoxyclox	६२५mg	Cep	५०००/-	
१६.	Tab Ciprofloxacin	२००mg	Tab	१०००/-	
१७.	Tab metronidazole	४००mg	Tab	५००/-	
१८.	Tab ampicillin	२००mg	tab	१०००/-	
१९.	Tab Infect-V	२००mg	tab	१०००/-	
२०.	Tab Rhinex	२००mg	Tab	२५००/-	
२१.	Tab Sinex	२००mg	Tab	२५००/-	
२२.	Tab Cefixime	२००mg	Tab	५०००/-	
२३.	Tab Cefixime	१००mg	Tab	५०००/-	
२४.	Tab levacet	१००mg	Tab	५०००/-	
२५.	Tab fexofenadine + montelukast	१०/५mg	Tab	२०००/-	
२६.	Tab fexofenadine	१२०mg	Tab	१५००/-	

माग गर्नेको दस्तखत

नाम : Dr. Bikesh Shrestha

मिति : ०८/१२/१४

सिफारिस गर्नेको दस्तखत

नाम :

मिति :

(क) बजारबाट खरिद गरि दिनु

(ख) मौज्जाताबाट दिनु

आदेश दिनेको दस्तखत

मिति :

जिन्सी खातामा चढाउनेको दस्तखत



Scanned with OKEN Scanner

सङ्घ/प्रदेश/स्थानीय तह

म.ले.प. फारम नं. ४०१
साविकको फारम नं. ५०

मन्त्रालय/विभाग/कार्यालय

कार्यालय कोड नं. :

माग फारम

आ.व.

माग नं.

मिति :

क्र.सं.	समानको नाम	स्पेसिफिकेसन	माग गरिएको		कैफियत
			एकाई	परिमाण	
१.	Tab fenofenadine	180mg.	Tab	2000/-	
२.	Tab Codipar		Tab	2000/-	
३.	Ketocanazole soap			500/-	
४.	Ketocanazole Shampoo			500/-	
५.	Ketocanazole Ointment			1000/-	
६.	Iolicanazole Ointment			500/-	
७.	Oint Clobetasol			1000/-	
८.	Oint Hydrocort			1000/-	
९.	Oint Fusid-B			1000/-	
१०.	Oint mupirocin			1000/-	
११.	Oint polyph-B			1000/-	
१२.	Oint Cloben-G			500/-	
१३.	5% permethrin			1000/-	
१४.	Drop Ciprofloxacin			250/-	
१५.	Drop Tobramycin			250/-	
१६.	Drop Ofloxacin			250/-	
१७.	Drop Chloramphenicol			1000/-	
१८.	Nasium 'S'			1000/-	
१९.	Nasium 'P'			1000/-	
२०.	Nasium (cymetidine)			1000/-	
२१.	Oint Xitec			1000/-	
२२.	CHX gargle			1000/-	
२३.	Tab Pantoprazole	40mg.		5000/-	
२४.	Tab Esomeprazole	20mg.		2500/-	
२५.	Tab Clamoxylon	500mg.		1000/-	
२६.	Syr tramadol			2500/-	

माग गर्नेको दस्तखत  सिफारिस गर्नेको दस्तखत

(क) बजारबाट खरिद





सङ्घ/प्रदेश/स्थानीय तह

म.ले.प. फारम नं. ४०१
साविकको फारम नं. ५०

.....मन्त्रालय/विभाग/कार्यालय

कार्यालय कोड/नं.

माग फारम नं.



आ.व.

माग नं.

मिति :

क.सं.	समानको नाम	स्पेसिफिकेसन	माग गरिएको		कैफियत
			एकाई	परिमाण	
			Scp	500/-	
33.	Scp multivitamin			500/-	
34.	Scp livolga			500/-	
35.	Scp Metate (Capetizer)			1000/-	
36.	Tab Piramine	100 mg.		2000/-	
37.	Tab Lasix	20mg		500/-	
38.	Tab Lasilactone	(20/50)		2500/-	
39.	Tab Mylod-L	5/25		2500/-	
40.	Tab Mylod-L	5/50		2500/-	
41.	Tab Losartan-H	25/12.5		2500/-	
42.	Tab Losartan-H	50/12.5		1000/-	
43.	Tab fenofibrate	160 mg.		1000/-	
44.	Tab Amlod	5mg		2500/-	
45.	Tab metformin	800mg		2500/-	
46.	Tab metformin.	1gm		1000/-	
47.	Tab metformin - Alimepenide	800/1gm		1000/-	
48.	Tab metformin - G2	800/2mg		1000/-	
49.	Tab linagliptin	2.5mg		1000/-	
50.	Tab Aspirin	75mg		1000/-	
51.	Tab Clopidogrel	75mg		2500/-	
52.	Tab Atorvastatin	10mg		500/-	
53.	Tab Nitroglycerin (isoscobide)	10 (mg)		500/-	
54.	Tab Dlacenin	50mg		500/-	
55.	Tab Retinol	10mg		50/-	
56.	Oral tacrolimus	0.1/0.1		1000/-	
57.	Tab Clonaz	0.25mg		1000/-	
58.	Tab Clonaz	0.5mg			

माग गर्नेको दस्तखत

नाम : Dr. Bilesh Shrestha

मिति : 08/12/14

सिफारिस गर्नेको दस्तखत

नाम :

मिति :

(क) बजारबाट खरिद गरि दिनु

(ख) मौज्दाताबाट दिनु

आदेश दिनेको दस्तखत

मिति :

जिन्सी खातामा चढाउनेको दस्तखत

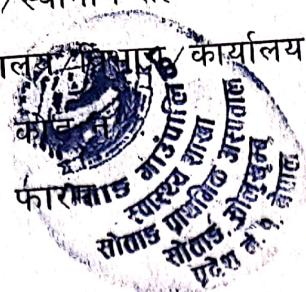




सङ्घ/प्रदेश/स्थानीय तह

साविकको फारम नं. १०

मन्त्रालय/विभाग/कार्यालय
कार्यालय केन्द्र
माग फारम नं. १०



आ.व.

माग नं.

मिति :

क्र.सं.	समानको नाम	स्पेसिफिकेसन	माग गरिएको		कैफियत
			एकाई	परिमाण	
1.	Tub Amikacin	10mg.	Tub	500/-	
2.	Tub Amikacin	25mg.		500/-	
3.	Tub Dalacin	20mg.		500/-	
4.	Tub Fluoxetine	20mg.		500/-	
5.	Tub Clonazepam	10mg.	Tub	500/-	
6.	Syr Alkalizer	100ml.		500/-	
7.	Tub Tamoxifen	6.4mg		500/-	
8.	Tub Oxycodone	2.5mg/5mg		500/-	
9.	Oint Pilocarpine	Oint	Oint	100	
10.	Oint Xylometazoline	Oint	Oint	100	
11.	Syr Lomoxin P			1000/-	
12.	Syr NSD			1000/-	
13.	Syr TUDX			500/-	
14.	Syr amoxicillin			500/-	
15.	Syr Cefamandole			500/-	
16.	Syr gentamicin			1000/-	
17.	Ric furosemide			1000/-	
18.	Ric tiogly			1000/-	
19.	Ric Asmalin			1000/-	
20.	MDI Asmalin			1000/-	
21.	Inj Xane	1gm.		1000/-	
22.	Inj metan	500mg.		1000/-	
23.	Inj ampicillin	500mg.		1000/-	
24.	Inj Gentamycin			2000/-	
25.	Inj ampicillin	500mg		2000/-	
26.	Inj ampicillin	1.25gm		2000/-	

माग गर्नेको दस्तखत
नाम : Dr Bilesh Shrestha
मिति : 08/12/14

सिफारिस गर्नेको दस्तखत
नाम :
मिति :

(क) बजारबाट खरिद गरि
(ख) मौज्दाताबाट दिनु

आदेश दिनेको दस्तखत





सङ्घ/प्रदेश/स्थानीय तह

मन्त्रालय/विभाग/कार्यालय
कार्यालय कोडः

माग फारम



म.ले.प. फारम नं. ४०१
साविकको फारम नं. ५०

आ.व.

माग नं.

मिति :

क्र.सं.	समानको नाम	स्पेसिफिकेसन	माग गरिएको		कैफियत
			एकाई	परिमाण	
९७.	Jmg lasix	20mg	Jmg	1000/-	
९८.	Jmg Hychlor	100mg		1000/-	
९९.	Tab prednisolone	10mg		2500/-	
१००.	Tab prednisolone	20mg		2500/-	
१०१.	Plaster of Paris 4"			500/-	
१०२.	Plaster of Paris 6"			500/-	
१०३.	Am pouch			250/-	
१०४.	Wound suture - 30			100/-	
१०५.	Vicryl 1			100/-	
१०६.	Vicryl 1-0			100/-	
१०७.	Suction tube 12F			50/-	
१०८.	Suction tube 14F			100/-	
१०९.	Foley's Catheter 12F			100/-	
११०.	" 14F			100/-	
१११.	" 16F			100/-	
११२.	" 18F			100/-	
११३.	" 20F			500/-	
११४.	Noway Ear drop			500/-	
११५.	Surgical gloves 8.5			500/-	
११६.	" 7			500/-	
११७.	" 7.5			500/-	
११८.	Surgical blade 10			500/-	
११९.	" 11			500/-	
१२०.	" 12			1000/-	
१२१.	Cap Pregabalin	75mg		1000/-	
१२२.	Cap Gabapentin	200mg		1000/-	

माग गर्नेको दस्तखत

नाम : Dr. Bilesh Shrestha

मिति : ०८/१२/१४

सिफारिस गर्नेको दस्तखत

नाम :

मिति :

(क) बजारबाट खरिद गरि दिनु

(ख) मौज्दाताबाट दिनु

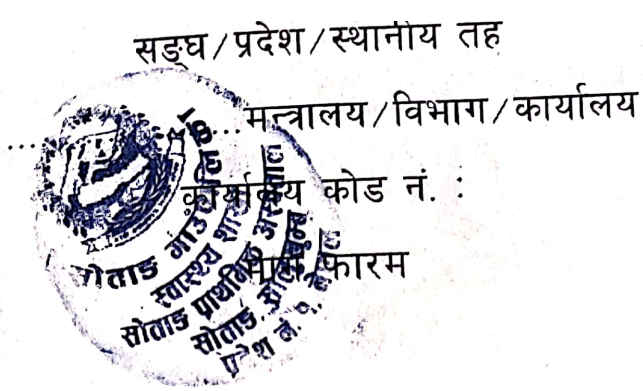
आदेश दिनेको दस्तखत

मिति :

जिन्सी खातामा चढाउनेको दस्तखत



Scanned with OKEN Scanner



सङ्घ/प्रदेश/स्थानीय तह

साविकको फारम नं. ५०

मन्त्रालय/विभाग/कार्यालय

कोड नं. :

सोताङ प्रायम्विहार फारम

आ.व.

माग नं.

मिति :

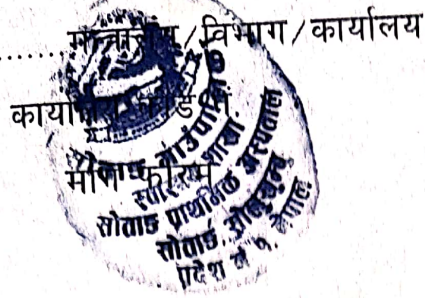
समानको नाम	स्पेसिफिकेसन	माग गरिएको		कैफियत
		एकाई	परिमाण	
Miso + mife combo pack		Tab	800/-	
BL 500ml			1000/-	
NS 500ml			1000/-	
DM 500ml			1000/-	
DS 500ml			1000/-	
Tab Tizanidine	2mg		500/-	
Tab Difen	10mg		500/-	
Tab Gestodil	100mg		500/-	
Ing Cefotaxime	1gm		500/-	
Ing cefepime	2gm		1000/-	
Tab imipenem	25mg		500/-	
Sup CT2			500/-	
Tab Doxycycline	100mg		500/-	
Tab Ondem	4mg		1000/-	
Tab pantop-D	40/10mg		1000/-	
Ing Ketorolac	30mg		1000/-	
Ing tramadol	50mg		1000/-	
Ing Ondem	4mg		1000/-	
Ing nicot			500/-	
Ing pantop	40mg		1000/-	
Ing tramadol	50mg		1000/-	

गर्नेको दस्तखत
म : Mr Bireesh Sheerpa

सिफारिस गर्नेको दस्तखत
नाम :

(क) बजारबाट खरिद गरि
(ख) मौज्जाताबाट दिनु





आ.व.

माग नं.

मिति :

क्र.सं.	समानको नाम	स्पेसिफिकेसन	माग गरिएको		कैफियत
			एकाई	परिमाण	
1	Hemoglobin Reagent	1000 ml	bottle	10	
2	Creatinine Reagent	100 ml	bottle	22	
3	Urea Reagent	100 ml	bottle	22	
4	Blood Sugar Reagent	1000 ml	bottle	12	
5	W. B. C. Count Reagent	500 ml	"	10	
6	Platelet Count Reagent	100 ml	"	20	
7	Uric Acid Reagent	100 ml	"	13	
8	Total Bilirubin Reagent	100 ml	"	12	
9	Direct Bilirubin Reagent	100 ml	"	12	
10	C.R.P. Reagent	4 ml	"	28	
11	R.A. factor Reagent	4 ml	"	30	
12	HIV Kit	150 pcs	box	15	
13	HCV Kit	50 pcs	box	18	
14	HBsAg Kit	pcs	box	20	
15	TPHA Kit	pcs	box	20	
16	TFT Kit	pcs	box	20	
17	Amylase Reagent	10 ml	bottle	25	
18	Total cholesterol Reagent	100 ml	bottle	15	
19	HDL C. Reagent	100 ml	bottle	15	
20	LDL C. Reagent	100 ml	bottle	15	
21	Triglycerides Reagent	100 ml	bottle	15	
22	U.P.T Kit	pcs	box	50	
23	Serum H. pylori (Ab) Kit	pcs	box	60	
24	Stool H. pylori (Ag) Kit	pcs	box	40	
25	Urine RE Strip	pcs	box	100	
26	Blood group Reagent	10 ml	bottle	10	

माग गर्नेको दस्तखत

नाम :
मिति : १४/१४

सिफारिस गर्नेको दस्तखत

नाम :

मिति :

(क) बजारबाट खरिद गरि दिनु

(ख) मौज्दाताबाट दिनु

आदेश दिनेको दस्तखत

मिति :

