# मध्यप्रदेश नर्सेस रजिस्ट्रेशन कौंसिल,भोपाल

गोमन्तिका परिसर तृतीय तल, 12, दफ्तर रोड, जवाहर
चौंक भोपाल (म.प्र.)
ईमेलःmpnursingnoc@gmail.com,फोन.न.:0755--2770047, 2770562(फेक्स)

क्रमांक/प्रशा/18/ भोपाल दिनांक ..........2017

**नियम/विनियम हेतु विज्ञप्ती**

मध्यप्रदेश नर्सेस रजिस्ट्रेशन कौंसिल, भोपाल मे मध्यप्रदेश उपचारिका, प्रसाविका, सहायी उपचारिका-प्रसाविका तथा स्वास्थ्य परिदर्शक रजिस्ट्रीकरण अधिनियम, 1972 (क्रमांक 46 सन् 1973) के नियम/विनियम का प्रारूप अंग्रेजी एवं हिन्दी भाषा मे तैयार करने हेतु निविदा आमंत्रित की जाती है। निविदा की विस्तृत जानकारी वेब साइट www.mpnrc.org पर उपलब्ध है। पंजीकृत, अधिकृत, तथा इच्छुक/संस्था/एजेन्सी निविदा फार्म दिनांक 10/08/2018 को सांय 5 बजे तक रूपये 500/- का डी.डी या नगद जमाकर प्राप्त कर सकते है। निविदा जमा करने की अंतिम तिथि 16/08/2018 दोपहर 2 बजे तक होगी तथा इसी दिन सांय 4 बजे निविदा खोली जायेगी। निविदा की शर्ते निविदा फार्म मे निहित होगी।

रजिस्ट्रार

कार्यालय मध्यप्रदेश नर्सेस रजिस्ट्रेशन कौंसिल,
गोमन्तिका परिसर, तृतीय तल, जवाहर चौक, भोपाल
फोन नं 0755–2770047

## नियम/विनियम के प्रारूप तैयार करने हेतु आवेदन पत्र

निविदा दाता/संस्था का नाम : ------------------------------------------------

मोबाइल नं./दूरभाष नं. : ------------------------------------------------

पंजीयन कमांक : ------------------------------------------------

पेन नंम्बर : ------------------------------------------------

पता : ------------------------ ------------------------

ई–मेल : ------------------------------------------------

एफ.डी.आर. कमांक/दिनांक : ------------------------------------------------

बैंक का नाम : ------------------------------------------------

धरोवर राशि (शब्दो एवं अंको मे) ------------------------------------------------

संलग्नः–शर्ते

## घोषणा

मैं ..........................................शपथ पूर्वक घोषणा करता हूँ/करती हूँ कि उपरोक्त समस्त जानकारी मैरे द्वारा पूर्ण रूप से सत्य भरी गयी है। अगर किसी भी प्रकार की असत्यता पायी जाती है, तो इसकी सम्पूर्ण जबावदारी मेरी होगी।

मुझे उपरोक्त शर्ते मान्य है।

हस्ताक्षर ..........................................

नाम ..........................................

दिनांकः ----------------
स्थान : ----------------

# मध्यप्रदेश नर्सेस रजिस्ट्रेशन कौंसिल भोपाल (म0प्र0)

नियम/विनियम तैयार करने की निविदा की **शर्ते एवं नियम**

**नियमः–**

1. कौसिल एक शासकीय स्वःशासी संस्था है। जो म.प्र. चिकित्सा शिक्षा विभाग के अन्तर्गत आती है।
2. आवेदन प्राप्त करने की अंतिम तिथि दिनांक 10.08.2018 सायं 5 बजे तक होगी। निविदा जमा करने की अंतिम दिनांक 16.08.2018 को दोपहर 12 बजे तक होगी एवं इसी दिन दोपहर 2 बजे निविदायें समिति के समक्ष खोली जायेगी। निविदा सील बंद लिफाफो मे होनी चाहिये। समय सीमा मे प्राप्त निविदा ही निविदा समिति के समक्ष रखी जायेगी। जिसमें निविदादाता अथवा उनका अधिकृत प्रतिनिधि का उपस्थित रहना अनिवार्य है। प्रतिनिधि को 10 रूपये स्टाम्प पर पावर ऑफ ऑटर्नी दिये जाने पर ही प्रतिनिधि मान्य होगा।
3. निविदा के साथ 5,000/– (रूपये पाच हजार केवल) की धरोहर राशी (एफ.डी) द्वारा जो रजिस्ट्रार, मध्यप्रदेश नर्सेस रजिस्ट्रेशन कौंसिल, भोपाल को देय हो आवश्यक रूप से जमा करनी होगी, धरोहर राशी जमा न करने की स्थिति मे निविदा मान्य नही की जायेगी।
4. निविदा स्वीकृत होने के उपरान्त धरोहर राशी कार्यालय मैं अनुबंध पर्यन्त रखी जायेगी। अनुबंध समाप्त होने पर वापिस कि जायेगी। यदि निविदा स्वीकृत नही होती है, तो 15 दिवस में अर्नेस्ट मनी की एफ डी. लौटाई जायेगी।
5. निविदा स्वीकृत/अस्वीकृत करने का अंतिम निर्णय समिति का रहेगा । उपरोक्त शर्ते मान्य होने पर ही निविदा आवेदन पर विचार किया जायेगा तथा किसी भी विवाद के लिये न्यायिक क्षेत्र भोपाल रहेगा।
6. निविदा स्वीकृति उपरान्त रूपयें 100/– के स्टाम्प पर अनुबंध तैयार किया जायेगा।
7. निविदाकर्ता संस्था का वैधानिक जीवित पंजीयन एवं लायसेन्स होना अनिवार्य है,

**शर्ते**

1. मध्यप्रदेश शासन उपचारिका, प्रसाविका, सहायी उपचारिका–प्रसाविका तथा स्वास्थ्य परिदर्शक रजिस्ट्रीकरण अधिनियम, 1972 (क्रमांक 46 सन् 1973) के नियम/विनियम का प्रारूप तैयार करना होगा।
2. नियम/विनियम का प्रारूप एवं सेवा भर्ती नियम आदि उसकी अनुसूचियां तैयार करना तथा प्रशासकीय अनुमोदन हेतु राज्य शासन को प्रस्तुत करना होगा।
3. प्रारूप प्रस्तुत करने पर राज्य शासन द्वारा कोई संशोधन होता है तो उसे अद्योतन कर विधि विभाग से परिमार्जन कराकर अनुमोदन कराने का दायित्व भी प्रस्तावक संस्था का रहेगा।
4. कार्यपूर्ण करने की अवधि तीन माह रहेगी जिसे विशेष परिस्थिति मे दो माह और बढाया जा सकता है। समय सीमा मे कार्य पूर्ण करना होगा।
5. भुगतान कार्य पूर्ण करने के उपरांत किया जायेगा।
6. एफ.डी टेंडर की तिथि के बाद की होना चाहिए।

**उपरोक्त सभी शर्ते मुझे स्वीकार है,**

दिनांक.................................. हस्ताक्षर...............................................................

संलग्न......................................... नाम....................................................................

मोबाईल न0..........................................................

फर्म का नाम..........................................................