



सिद्धलेक गाँउपालिका गाँउ कार्यपालिकाको कार्यालय

बुङ, चुङ, धादिङ
बागमती प्रदेश, नेपाल
गाँउ कार्यपालिकाको कार्यालय
बुङ, चुङ, धादिङ
बागमती प्रदेश, नेपाल

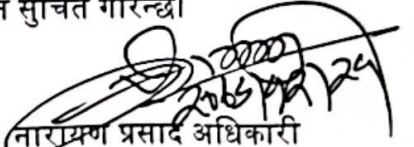
आ व: २०७९/०८०

च.न: १३६०

मिति:- २०७९।१२।२१

विषय: औषधि तथा औषधिजन्य सामाग्रीको दर रेट उपलब्ध गराइदिने सम्बन्धमा ।

उपरोक्त सम्बन्धमा यस सिद्धलेक गाँउ पालिकाको मिति २०७९।१२।०८ को निर्णय अनुसार यस गाँउ पालिका अन्तर्गतका स्वास्थ्य संस्थाहरुको लागि आवश्यक पर्ने यसै पत्रसाथ संलग्न उल्लेखित औषधि तथा औषधिजन्य सामाग्रीहरु खरिद गर्नु पर्ने भएकोले तहाँ फर्मबाट के कति दर रेटमा उपलब्ध गराउन सकिने हो उक्त दर रेट नियमानुसार सात दिन भित्रमा यस कार्यालयमा आइपुगेगरि पेश गर्नुहुन सुचित गरिन्छ।


नारायण प्रसाद अधिकारी
प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

नारायण प्रसाद अधिकारी
प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

सिद्धलेक गाउँ पालिका
बागमती प्रदेश नेपाल ।
माग फाराम
सिद्धलेक गाउँ पालिकाको कार्यालय
बुङचुङ, धादिङ
बागमती प्रदेश, नेपाल

आर्थिक वर्ष

माग नं

मिति

2079.9.11

सि.नं.	सामानको नाम	स्पेसिफिकेशन आवश्यक पर्नेमा	माग गरिएको		कैफियत
			एकाइ	परिमाण	
२४	Doxycycline 100mg		cap	१२०००	
२५	Azithromycin 500mg		tab	5000	
२६	Azithromycin 250mg		tab	२५००	
२८	Cloxacilline 250mg		cap	20000	
२९	Fluconazole 150mg		cap	1500	
३०	Vitamin B Complex		tab	50000	
३१	Inj.RL 500ml		bottle	300	
३२	Inj.NS 500ml		bottle	500	
३३	Inj.D5% 500ml		bottle	300	
३४	Amlodipine 5mg		tab	50000	
३५	Calamine Lotion 15%	30ml	bottle	1000	
३६	Gamabenzene Hexachloride	1% /100ml	bottle	1200	
३७	Povidine Iodine	5%/500ml	bottle	250	
३८	Almunium hydrooxide+magne siu tricilecate 250+250mg		tab	20000	
३९	Ranitidine 150mg		tab	50000	
४०	Hyocine butyle bromide	10mg	tab	15000	
४१	Hyocine butyle bromide Inj.	20mg/ml	Amp	250	
४२	ORS	WHO Formula	Sachet	10000	
४३	Clove Oil	5ml%	ph	600	
४४	Metochloperamide 10mg		tab	6000	
४५	Metochloperamide Inj.	2ml	Amp	200	

माग गर्नेको दस्तखत:-

नाम:-

प्रयोजन:-

मालसामान बुझिलेको दस्तखत:-

मिति:-

सिफारिस गर्नेको दस्तखत

नाम:-

मिति:-

(क) बजारबाट खरिद गरिदिनु ।

(ख) मौज्दातबाट दिनु ।

आदेश दिनेको दस्तखत:-

मिति:-

जिन्सी खातामा चढाउनेको दस्तखत:-

मिति:-

नारायण प्रसाद अधिकारी

प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

म.ले.प.फा.नं. ४०१

सिद्धलेक गाउँ पालिका

बागमती प्रदेश नेपाल ।

माग फाराम

म.ले.प.फा.नं. ४०१

सिद्धलेक गाउँ पालिका
बागमती प्रदेश, नेपाल।
सागर फार्म
बुङबुङ, घाटि
बागमती प्रदेश, नेपाल

आर्थिक वर्ष

माग नं

मिति

2079.9.11

सि.नं.	सामानको नाम	स्पेसिफिकेशन आवश्यक पर्नेमा	माग गरिएको		कैफियत
			एकाइ	परिमाण	
४६	BenzoiAcid + Salicykic Acid	30gm	Tube	१५००	
४७	Frucemide 40mg		tab	1500	
४८	Frucemide 10mg/ml	2ml	Amp	१५०	
४९	Dexamethasine Inj. 4mg/ml	2ml	Vial	200	
५०	Salbutamol 4mg		tab	25000	
५१	Aminophylin 100mg		tab	10000	
५२	Amitriptilline 10mg		tab	10000	
५३	Amitriptilline 25mg		tab	10000	
५४	Hydrocortisone powderInj.	100mg/Vial	Vial	60	
५५	Metformin 500mg		tab	25000	
५६	Adrenalin Inj.		Amp	120	
५७	Silver Sulphadiazine cream	1%	Tube	500	
५८		5mg/2ml%	Amp	120	
५९	Gention Violet 10ml	2% Solution	Ph	100	
६०	Bandage		Than	50	
६१	Gauze		Than	50	

माग गर्नेको दस्तखत:-

नाम:-

प्रयोजन:-

मालसामान बुझिलिनेको दस्तखत:-

मिति:-

सिफारिस गर्नेको दस्तखत

नाम:-

मिति:-

(क) बजारबाट खरिद गरिदिनु।

(ख) मौज्दातबाट दिनु।

आदेश दिनेको दस्तखत

मिति:-

जिन्सी खात्मा चढाउनेको दस्तखत:-

मिति:-

नारायण प्रसाद अधिकारी
प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

सिद्धलेक गाउँ प्रालिका
वागमती प्रदेश नेपाल ।

माग फारम

सिद्धलेक गाउँ प्रालिका
सुदूरपश्चिम प्रदेश, नेपाल
सुदूरपश्चिम प्रदेश, नेपाल

आर्थिक वर्ष

माग नं

मिति

2079.9.11

सि.नं.	सामानको नाम	स्पेसिफिकेशन आवश्यक पर्नेमा	माग गरिएको		कैफियत
			एकाइ	परिमाण	
१	Lignocaine	inj.	vial	१२०	
२	parfcetamol	inj.	Amp	150	
३	parfcetamol -500mg	500mg	tab	५००००	
४	paracetamol -125mg/5ml	Syp	ph	500	
५	Asprine 75mg		tab	5000	
६	ibuprufen 400 mg		tab	10000	
७	Doclofnac sodium 100mg		tab	12000	
८	Doclofnac sodium	inj.	Amp	500	
९	Chlorpheniramine meleate 4mg		tab	30000	
१०	pheniramine 22.75mg/ml	inj.	Amp	150	
११	Cetirzene 10 mg		tab	10000	
१२	Metronidazole 400mg		tab	30000	
१३	Tinidazole 500mg		tab	6000	
१४	Amoxycillin 500mg		Cap	25000	
१५	Amoxycillin 250mg		tab	30000	
१६	Amoxycillin 125 mg		tab	15000	
१७	Amoxycillin 125mg/5ml	Syp	ph	500	
१८	Ciprofloxacin 500mg		tab	12000	
१९	Ciprofloxacin 250mg		tab	5000	
२०	Ciprofloxacin ye/ear drop	0.30%	ph	3000	
२१	Chloramphenicol appkicap	1%	Cap	2500	
२२	Cotrimoxazole 960mg		tab	35000	
२३	Cotrimoxazole 480mg		tab	20000	

माग गर्नेको दस्तखत:-

नाम:-

प्रयोजन:-

मालसामान बुझिलेको दस्तखत:-

मिति:-

सिफारिस गर्नेको दस्तखत

नाम:-

मिति:-

(क) बजारबाट खरिद गरिदियो ।

(ख) मौज्जातबाट दिनु ।

आदेश दिनेको दस्तखत:-

मिति:-

जिन्सी खातामा प्रसाद गर्नेको

मिति:-

नारायण प्रसाद अधिकारी

प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत