દીનદયાળ
પ્રધાનમંત્રી જન ઔષધી સ્ટોર

ત્રીજા તબક્કા ની જેનેરિક ફ્રેંન્ચાઈઝી સ્ટોર ખોલવા અંગેની જાહેરાત

વિગત	**તારીખ અને સ્થળ**
અરજીઓ મંગાવવા માટેની જાહેરાતની નોટીસ	**તા.૦૪/૦૬/૨૦૧૭**
સંલગ્ન દસ્તાવેજો સહિત અરજી આપવાની છેલ્લી તારીખ અને સ્થળ	**તા.૩૦/૦૬/૨૦૧૭ ૧૮.૦૦ કલાક સુધી,** **ગુજરાત મેડીકલ સર્વિસીસ કોર્પોરેશન લીમિટેડ, બ્લોક નં – ૧૪, ભોયતળીયે, સેકટર – ૧૦, ડો.જીવરાજ મહેતા ભવન, ગાંધીનગર**

સુધારેલ ટર્મ્સ અને કન્ડીશન અત્રેની વેબ સાઈટ : http://gmscl.gujarat.gov.in પરથી ડાઉનલોડ કરી શકાશે.

માહિતી –

મેનેજીંગ ડીરેકટર

<u>સુચિત ફ્રેન્ચાઇઝી મોડેલ માટેની શરતો અને બોલીઓ</u>

૧.	**ફ્રેન્ચાઇઝી પસંદ કરવા માટેના શરતો અને બોલીઓ:**		
	અ.	અરજદાર ગુજરાતના રહેવાસી હોવા જોઇએ અથવા સંસ્થાની ગુજરાતમાં નોંધણી થયેલ હોવી જોઇએ. હોસ્પિટલના કિસ્સામાં, તે ગુજરાતમાં સ્થાપિત થયેલી હોવી જોઇએ. અરજદાર સધ્ધર હોવો જોઇએ અને તેની સામે કોઇ ફોજદારી ગુનો દાખલ થયેલ હોવો જોઇએ નહી.	
	બ.	કોઇ પણ રીજીયન કે વિસ્તાર માટે એક થી વધુ અરજી મળશે તો, નીચે મુજબની અગ્રતા આપવામાં આવશે.	
		૧ .	પ્રથમ પસંદગી હોસ્પિટલોને અપાશે.
		૨.	બીજી પસંદગી ચેરીટેબલ ટ્રસ્ટ / સોસાયટીને મળશે.
		૩.	ત્રીજા પસંદગી સહકારી સંસ્થાને આપવામાં આવશે
		૪	ચોથી પસંદગી સક્ષમ વ્યક્તિ ને આપવામાં આવશે.
	ક.	ઇન્ટર-સે પસંદગી : જો કોઇ જગ્યા માટે દરેક વર્ગમાં એક થી વધુ અરજી મળશે તો, નીચે મુજબની ઇન્ટર-સે પસંદગી સુયોજીત કરવામાં આવશે:	
		૧	હોસ્પિટલો માટે: પસંદગીના માપદંડ ઉતરતા ક્રમમાં નીચે મુજબ રહેશે.
			પથારીઓની સંખ્યા - સ્વયં પ્રમાણિત
			નાણાંકીય વર્ષ ૨૦૧૫-૧૬ ની આવક – CA દ્વારા પ્રમાણિત
		૨	ચેરીટેબલ ટ્રસ્ટ / સોસાયટીના કિસ્સામાં : પસંદગીના માપદંડ ઉતરતા ક્રમમાં નીચે મુજબ રહેશે.
			સંસ્થાના વર્ષ - નોંધણીનું પ્રમાણપત્ર
			નાણાંકીય વર્ષ ૨૦૧૫-૧૬ ની આવક – CA દ્વારા પ્રમાણિત
		૩	સહકારી સંસ્થાના કિસ્સામાં, પસંદગી નુ માપદંડ નીચે મુજબ ઉતરતા ક્રમમા હશે. ૧. જિલ્લા કક્ષાની સહકારી સંસ્થાને પ્રથમ પસંદગી મળશે. ૨. એપીએમસી ને દ્વિતીય પસંદગી મળશે. ૩. તાલુકા કક્ષાની સહકારી સંસ્થાને ને ત્રીજી પસંદગી મળશે. ૪. ઉપરોક્ત સિવાયની સહકારી મંડળીને ચોથી પસંદગી મળશે.
		૪	વ્યક્તિઓના કિસ્સામાં : પસંદગીના માપદંડ ઉતરતા ક્રમમાં નીચે મુજબ રહેશે.
			સુચિત સ્થાનના સ્થાનિક રહેવાસીઓને પસંદગી આપવામાં આવશે.
			બી-ફાર્મ અથવા ડી-ફાર્મની પદવી મેળવવાનો અગ્રતા ક્રમ. બી-ફાર્મની પદવીને ડી-ફાર્મની પદવી પહેલા પ્રાધાન્ય મળશે. અને બી-ફાર્મ અથવા ડી-ફાર્મ સિવાયના નાગરિક ને ત્રીજી પસંદગી મળશે.
	ડ	પોતાની અથવા ભાડેની જગ્યા – ૧૫૦ ચો.ફુટ ઓછામાં ઓછુ.(ભાડા કરાર / માલિકી નો દસ્તાવેજ) અરજી સાથે રજુ કરવાના રહેશે.	
	ઈ	અરજી સહી સાથે ભર્યા બાદ નીચે મુજબના દસ્તાવેજો હાર્ડકોપીમાં આપવાના રહેશે.	

		૧	ઇએમડી રૂ ૧૦,૦૦૦.૦૦ (રીફડપાત્ર) અને અરજી ફી રૂ.૫,૦૦૦.૦૦ (બીન-રીફડપાત્ર) રહેશે, જે નાણાં વિભાગના ઠરાવ ક્રમાંક નં. EMD / 10/2014/570 / DMO, તા.૦૧/૦૪/૨૦૧૫ મુજબ આપવાના રહેશે. EMD અને દસ્તાવેજ ફી **"ગુજરાત મેડિકલ સર્વિસ કોર્પોરેશન લીમીટેડ - દીનદયાલ એકાઉન્ટ"** ના નામથી સબમિટ કરવાની રહેશે.
		૨	જો અરજદાર હોસ્પિટલ હોય તો – હોસ્પિટલના કુલ પથારીના નંબર માટે સ્વયં પ્રમાણિત નકલ; અથવા જો અરજદાર ચેરીટેબલ સોસાયટી હોય તો – સામાજીક બંધારણ માં નોંધણી કર્યાની પ્રમાણિત નકલ; અથવા જો અરજદાર ચેરીટેબલ ટ્રસ્ટ હોય તો – નોંધણી ખતની પ્રમાણિત નકલ, અથવા કો. ઓપરેટીવ સંસ્થાના કિસ્સામાં નોંધણી અંગેનુ પ્રમાણપત્રમાં પ્રમાણિત કરેલ નકલ આપવાની રહેશે. ઉપર મુજબના જમા કરાવવાના દસ્તાવેજોની પ્રમાણિત નકલ અરજદાર દ્વારા સહી-સીક્કા કરેલ હોવી જોઇએ.
		૩	જો અરજદાર ફાર્મસી ની ડિગ્રી ધરાવતા હોય તો, બી-ફાર્મ અથવા ડી-ફાર્મની પદવીની નકલ સ્વયં પ્રમાણિત હોવી જોઇએ.
		૪	નાણાંકિય વર્ષ ૨૦૧૫-૧૬ની ઓડીટેડ બેલેંસ સીટ અને આવક પત્ર કાનુની ઓડીટર અને અરજદારના અધિકૃત સહી સાથે આપવાની રહેશે.
		૫	અરજદારના પાન કાર્ડ / આધાર કાર્ડ ની સ્વયં પ્રમાણિત નકલ.
		૬	સ્ટોરના સુચિત સ્થાનની માલિકિ / ભાડા કરારની સ્વયં પ્રમાણિત નકલ.
		૭	સુચિત સ્થાનની જગ્યાની આકારણી હેતુ અરજી સાથે જગ્યાનો નજીક અને દુરથી લિધેલ ફોટો અને નકશામાં જગ્યા આપવાની રહેશે.
૨	**બીજી શરતો.**		
		૧	વ્યક્તિગત અરજીઓ સિવાયના અરજદારો (જેવા કે હોસ્પિટલ, ટ્રસ્ટ, કો.ઓપરેટીવ સંસ્થાઓ) વગેરે એક થી વધુ અરજી કરી શકશે. અગાઉ વ્યક્તિગત અરજદારને આ સ્કીમ હેઠળ સ્ટોરની ફાળવણી થઇ ગયેલ હોઇ તો તેની અરજી ગ્રાહય રાખવામાં આવશે નહી.
		૨	અરજદારોને તેમની પસંદગીની જગ્યાએ એટલે કે કલસ્ટર અથવા કલસ્ટર સિવાયની જગ્યાએ અરજી કરવાની છૂટ્છાટ આપવામાં આવશે. કલસ્ટરની વિગતો બિડાણમાં સામેલ છે.
		૩	જે કિસ્સાઓમાં અરજી કરનાર વ્યક્તિ / સંસ્થા દ્વારા કલસ્ટર હેઠળના વિસ્તારમાં સ્ટોર ખોલવાની અરજી કરવામાં આવેલ હોય તો હોસ્પિટલ સિવાયના કિસ્સામાં કલસ્ટર વિસ્તારની કુલ ફાળવણી અગાઉ નક્કી થયેલ મુજબ સીમીત રાખવામાં આવશે. હાલ બીજા તબક્કાની અરજીઓની ચકાસણી ચાલુ હોઇ, બીજા તબક્કના કલસ્ટર હેઠળ ફાળવણી થયા બાદ બાકી રહેતી જગ્યાઓ માટે જ ફાળવણી કરવામાં આવશે.
		૪	જે અરજદાર એક થી વધૂ અરજી કરવા માગતા હોય તો અરજી દીઠ જરૂરી ફી એટ્લે કે, અરજી ફી, અર્નેસ્ટ મની ડિપોઝીટ(ઈ.એમ.ડી) તથા સિક્યુરિટી ડિપોઝીટ (એસ.ડી) ભરવાની રહેશે.
		૫	હોસ્પિટલો સિવાયના કિસ્સાઓમાં બે સ્ટોર વચ્ચે ઓછામાં ઓછા ૧૦૦ મીટર નું અંતર રાખવાનું રહેશે.
		જો અરજદાર દ્વારા સૂચવાયેલ સ્થાન યોગ્ય રીતે સ્થિત અથવા સરળતાથી સુલભ અથવા જાહેર જનતાને અનુકૂળ ના હોય તો આગામી અરજદારને પસંદ કરી સ્ટોર ચલાવવા માટે એક વિકલ્પ આપવામાં આવશે. આ કિસ્સામાં ફ્રેન્ચાઇઝરનો નિર્ણય આખરી અને બંધનકર્તા રહેશે.	
		૬	અરજદારે દીનદયાળ પ્રધાનમંત્રી જન ઔષધી સ્ટોર ફ્રેન્ચાઇઝની કામગીરી શરૂ કરતાં પહેલાં કરાર કરવો પડશે.

		૭	દીનદયાળ પ્રધાનમંત્રી જન ઔષધી સ્ટોરની બધી કામગીરી કરારની શરતો અને બોલીઓ મુજબ હાથ ધરવામાં આવશે.
		૮	દવાના સ્ટોર ચલાવવા માટે "દીનદયાળ પ્રધાનમંત્રી જન ઔષધી સ્ટોર" ના નામે ડ્રગ લાયસન્સ તથા અન્ય પરવાનગી મેળવવાની જવાબદારી અરજદારની રહેશે. દવાઓના સંગ્રહ (જરૂર હોય ત્યાં રેફ્રીજરેશન સહીત) માટે તમામ કાનૂની જરૂરિયાતોના પાલનની ખાતરી અરજદાર દ્વારા કરવામાં આવશે.
		૯	અરજદાર જે હેતુ માટે જગ્યા ફાળવવામાં આવી છે તે માટે જ તેનો ઉપયોગ કરી શકશે અને કોઈ અન્ય હેતુ માટે જગ્યાનો ઉપયોગ કરશે નહિ તથા સીધી કે આડકતરી રીતે જગ્યા પુર્ણ કે આંશિક રીતે જગ્યા કોઇને આપી શકશે નહિ.
		૧૦	આ સ્ટોર્સને ફ્રેન્ચાઇઝર દ્વારા ફરજિયાત કર્યા સિવાયની અન્ય કોઈપણ દવા વેચવાની પરવાનગી આપવામાં આવશે નહીં. જો કે, ફ્રેન્ચાઇઝર તેની મુનસફી પર અન્ય વસ્તુઓ વેચવા માટે સ્ટોર્સને પરવાનગી આપી શકે છે.
		૧૧	ફ્રેન્ચાઇઝર સ્ટોર્સના સ્થાન ઉમેરી અથવા કાઢવાનો અધિકાર અનામત રાખે છે.
		૧૨	બધા બિલો ફ્રેન્ચાઇઝર દ્વારા પ્રદાન કરવામાં આવેલ સૉફ્ટવેરનાં ઉપયોગથી જ કરી શકાશે. ફ્રેન્ચાઇઝર દ્વારા પ્રદાન કરવામાં આવેલ સૉફ્ટવેરનાં ઉપયોગ કર્યા વગર અન્ય કોઈ દવા દીનદયાલ પ્રધાનમંત્રી જન ઔષધી સ્ટોર માં વેચી શકાશે નહીં.
		૧૩	જે અરજદારની અરજી મંજુર થાય તે અરજદારે કરાર કર્યા પહેલા મ્યુનિસિપલ કોર્પોરેશનમાં સ્થિત સ્ટોર્સ માટે રૂ.૨.૦૦ લાખ, જિલ્લા હેડ ક્વાર્ટર નગરોમાં આવેલા સ્ટોર્સ માટે રૂ.૧.૫૦ લાખ (જે નિગમો નથી) અને તાલુકા સ્થિત સ્ટોર્સ માટે રૂ.૧.૦૦ લાખ (કોર્પોરેશન વિસ્તારોમાં અને જિલ્લા વડા ક્વાર્ટર્સ સિવાય) સિક્યુરીટી ડીપોઝીટ નાણાં વિભાગના જી.આર. નં. EMD / 10/2014/570 / DMO, તા.૦૧/૦૪/૨૦૧૫ મુજબ આપવાની રહેશે.
		૧૪	૩ વર્ષ સુધીના તમામ ઓપરેટિંગ ખર્ચની જવાબદારી ફ્રેન્ચાઇઝીની રહેશે. જેમાં તમામ નિશાનીવાળા પાટિયા / સ્ટેશનરી / હાર્ડવેર / સાધનો / વીજળી ખર્ચ / માનવ શક્તિ ખર્ચ / તમામ આકસ્મિક ખર્ચનો સમાવેશ થશે, જે સ્ટોરના સરળ સંચાલન માટે જરૂરી હોય
		૧૫	કરાર ૩ વર્ષના સમયગાળા માટે માન્ય રહેશે. ફ્રેન્ચાઇઝર કોઇ પણ સમયે કરારની મુદત સહિત તેની મનસુફી મુજબ કરારમાં સુધારો કરવાનો અધિકાર અનામત રાખે છે.
		૧૬	જો કોઇ ફ્રેન્ચાઇઝી કરારની શરતોનો આંશીક કે પૂર્ણ રીતે ભંગ કરશે અને ફ્રેન્ચાઇઝર દ્વારા લેખિત નોટીસ મ્ળ્યાના ૩૦ દિવસની અંદર તેમાં સુધારો નહી લાવે તો ફ્રેન્ચાઇઝર લેખિત નોટીસ દ્વારા કરાર રદ કરવાનો અધિકાર ધરાવે છે.
		૧૭	ફ્રેન્ચાઇઝર ખરીદી, વિતરણ, બિલિંગ અને મોનીટરીંગ માટે જવાબદાર રહેશે
		૧૮	ફ્રેન્ચાઇઝી સામાન્ય રિટેલ ડ્રગ સ્ટોરની અકસ્માતો (હાથ માં રહેલ દવાઓ અને રોકડ સહિત) ની નુકશાની / આગ, ચોરી, ઉચાપત, અથવા કોઇ અન્ય સહજ જોખમ કારણે થતા નુકસાન સામે માટે વીમા કવરેજ મેળવવાનો રહેશે.
		૧૯	ફ્રેન્ચાઇઝીએ આ યોજનાની કામગીરી માટે ફ્રેન્ચાઇઝર દ્વારા સમય પ્રતિ સમય પર નક્કી કર્યા મુજબ નિયમોનું પાલન કરવાનું રહેશે, કોઈપણ કલમના અર્થઘટન માટેના વિવાદના કિસ્સામાં, ફ્રેન્ચાઇઝરનો નિર્ણય અંતિમ રહેશે .
		૨૦	અરજી ચકાસણીમાં અરજીઓ સ્વીકાર / અસ્વીકાર કરવાની તમામ સત્તા ફ્રેન્ચાઇઝર ની છે તેમજ આ બાબતે ફ્રેન્ચાઇઝર દ્વારા કરવામાં આવેલ નિર્ણય આખરી રહેશે.

અરજી ફોર્મ સહી સાથે ભર્યા બાદ નીચે મુજબના દસ્તાવેજો અને ઇ.એમ.ડી ફી **ગુજરાત મેડિકલ સર્વિસિસ કોર્પોરેશન લીમીટેડ, ગાંધીનગર** ખાતે સમય મર્યાદામાં હાર્ડકોપીમાં મોકલી આપવાના રહેશે.

અરજી પત્રક

(૧)

સ્ટોરનું સુચીત સ્થળ : તાલુકા ☐ જીલ્લા ☐

સ્થળની સ્થિતી (નજીક તેમજ દૂરની ફોટો નક્શા સાથે બિડાણમાં મુકવી)

શું નજીકમાં કોઇ ખાનગી હોસ્પિટલો / દવાખાનું ચલાવતાં ડૉક્ટર છે? (હા/ના)

શું સ્થાન સામાન્ય જનતાને સહેલાઇથી મળી શકે તેમ છે ? (હા/ના)

(૨)

અરજદારનો પ્રકાર :

હોસ્પિટલ ☐ ચેરીટેબલ ટ્રસ્ટ / સોસાયટી ☐ વ્યક્તિ ☐

(3)

નામ (હોસ્પિટલ / ચેરીટેબલ ટ્રસ્ટ / સોસાયટી / વ્યક્તિ):

સરનામુ:

આધાર કાર્ડ / પાન કાર્ડ નંબર :

સંપર્કની વિગતો:

સંપર્ક માટે વ્યક્તિનું નામ:

સંપર્ક નંબર:

ઇ-મેલ:

(૪)

હોસ્પિટલ માટે :

પલંગ સંખ્યા :

ટર્ન ઓવર (રૂ. લાખમાં) નાણાંકીય વર્ષ ૨૦૧૫-૧૬ માટે	**૧૦-૫૦**	**૫૧-૭૫**	**૭૬-૧૦૦**	**૧૦૦ થી વધુ**
લાગુ પડતા પર ટીક કરવું				

(૫)

ચેરીટેબલ ટ્રસ્ટ / સોસાયટી માટે:

શું નજીકના ભુતકાળમાં કોઇ સરકારી આરોગ્યની યોજનાને નિયંત્રિત કરેલ છે? (હા/ના)

જો હા, તો વિગતો જણાવવી :

શું પોતાનું કોઇ આરોગ્ય કેન્દ્ર ચલાવો છો? (હા/ના)

વર્ષ	૩ થી ઓછા	૩ અને ૫ ની વચ્ચે	૫ થી વધુ
લાગુ પડતા પર ટીક કરવું			

સંસ્થાના વર્ષ – નોધણીનું પ્રમાણપત્ર

નાણાંકીય વર્ષ ૨૦૧૫-૧૬ની આવક – CA દ્વારા પ્રમાણિત

નાણાંકીય વર્ષ ૨૦૧૫-૧૬ની આવક	૧૦-૫૦ લાખ	૫૧-૧૦૦ લાખ	૧૦૧-૧૦૦૦ લાખ	૧૦૦૦ લાખથી વધુ
લાગુ પડતા પર ટીક કરવું				

(૬)

સહકારી સંસ્થા :

અરજદારનો પ્રકાર :

જિલ્લા કક્ષાની સહકારી સંસ્થા : ☐ એપીએમસી : ☐

તાલુકા કક્ષાની સહકારી સંસ્થા : ☐

બીજા પ્રકારની સહકારી સંસ્થા ☐ ______________________ (વિગત)

(૭)

વ્યક્તિ માટે :

ઉમંર:

શું તમે તમારા સુચિત સ્થાનના વિસ્તારના રહેવાસી છો? (હા/ના)

બી-ફાર્મ અથવા ડી-ફાર્મ પાસ થયાનું વર્ષ: બી. ફાર્મ ☐ ડી-ફાર્મ ☐

જો બી- ફાર્મ / ડી- ફાર્મ ન હોય તો શૈક્ષણિક લાયકાત ______________________

અરજદારની સહી