



ચોથા તબક્કા ની જનેરિક ફેન્ચાઈઝી સ્ટોર ખોલવા અંગેની જાહેરાત

વિગત	તારીખ અને સ્થળ
અરજીઓ મંગાવવા માટેની જાહેરાતની નોટીસ	તા.૨૮/૦૯/૨૦૧૭
સંલગ્ન દસ્તાવેજો સહિત અરજી આપવાની છેલ્લી તારીખ અને સ્થળ	તા.૨૫/૧૦/૨૦૧૭ ૧૮.૦૦ કલાક સુધી, ગુજરાત મેડીકલ સર્વિસીસ કોર્પોરેશન લીમિટેડ, બ્લોક નં - ૧૪, ભોયતળીયે, સેક્ટર - ૧૦, ડો.જીવરાજ મહેતા ભવન, ગાંધીનગર
સુધારેલ ટર્મ્સ અને કન્ડીશન અત્રેની વેબ સાઈટ : http://gmscl.gujarat.gov.in પરથી ડાઉનલોડ કરી શકાશે.	
માહિતી -	મેનેજીંગ ડીરેક્ટર

સુચિત ફેન્ડાઇઝી મોડેલ માટેની શરતો અને બોલીઓ

૧. ફેન્ડાઇઝી 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 નહીં.
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 મંડળીઓને આપવામાં આવશે
	૪ યોથી 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 મંડળીઓના કિસ્સામાં, પસંદગી નુ માપદંડ નીચે મુજબ ઉતરતા ક્રમમાં હશે. ૧. જિલ્લા ખરીદ વેચાણ સંઘ ને પ્રથમ પસંદગી મળશે. ૨. એપીએમસી ને દ્વિતીય પસંદગી મળશે. ૩. તાલુકા ખરીદ વેચાણ સંઘ 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.
૬	પોતાની અથવા ભાડેની જગ્યા - ૧૫૦ ચો.ફુટ ઓછામાં ઓછુ.(ભાડા કરાર / માલિકી નો દસ્તાવેજ) અરજી સાથે રજુ કરવાના રહેશે.
૭	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 અરજદારે લીમિટેડ - 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 - સામાજિક બંધારણ માં નોંધણી કર્યાની પ્રમાણિત નકલ; અથવા જો અરજદાર ચેરીટેબલ ટ્રસ્ટ હોય તો - નોંધણી ખતની પ્રમાણિત નકલ, અથવા કો. ઓપરેટીવ સંસ્થાના કિસ્સામાં નોંધણી અંગેનું પ્રમાણપત્રમાં પ્રમાણિત કરેલ નકલ આપવાની રહેશે. ઉપર મુજબના જમા કરાવવાના દસ્તાવેજોની પ્રમાણિત નકલ અરજદાર દ્વારા સહી-સીકકા કરેલ હોવી જોઈએ.
	૩	જો અરજદાર ફાર્મસી ની ડિગ્રી ધરાવતા હોય તો, બી-ફાર્મ અથવા ડી-ફાર્મની પદવીની નકલ સ્વયં પ્રમાણિત હોવી જોઈએ.
	૪	નાણાંકિય વર્ષ ૨૦૧૫-૧૬ની ઓડીટેડ બેલેન્સ 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 વિષેલ 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 થઈ ગયેલ હોઈ તો તેની અરજી ગ્રાહ્ય રાખવામાં આવશે નહીં.
	૨	અરજદારોને તેમની પસંદગીની જગ્યાએ એટલે કે કલસ્ટર અથવા કલસ્ટર સિવાયની જગ્યાએ અરજી કરવાની છૂટછાટ 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 સીમિત રાખવામાં આવશે. હાલ બીજા તબક્કાની અરજીઓની ચકાસણી ચાલુ હોઈ, બીજા તબક્કાના કલસ્ટર હેઠળ ફાળવણી થયા બાદ બાકી રહેતી જગ્યાઓ માટે જ ફાળવણી કરવામાં આવશે.
	૪	જે અરજદાર એક થી વધુ અરજી કરવા માગતા હોય તો અરજી દીઠ જરૂરી ફી એટલે 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 ફેન્યાઇઝરનો નિર્ણય આખરી અને બંધનકર્તા રહેશે.	
	૬	અરજદારે દીનદયાળ પ્રધાનમંત્રી જન ઔષધી સ્ટોર ફેન્યાઇઝની 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 મુનસુફી 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 સોફ્ટવેરનાં ઉપયોગથી જ કરી શકાશે. ફ્રેન્ચાઇઝર દ્વારા પ્રદાન કરવામાં આવેલ સોફ્ટવેરનાં ઉપયોગ કર્યા વગર અન્ય કોઈ દવા દીનદયાળ પ્રધાનમંત્રી જન ઔષધી સ્ટોર માં વેચી શકાશે નહીં.
	૧૩	જે અરજદારની અરજી મંજૂર 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 કોઈ પણ સમયે કરારની મુદત સહિત તેની મનસુફી મુજબ કરારમાં સુધારો કરવાનો અધિકાર અનામત રાખે છે.
	૧૬	જો કોઈ ફ્રેન્ચાઇઝી કરારની શરતોનો આંશીક કે પૂર્ણ રીતે ભંગ કરશે અને ફ્રેન્ચાઇઝર દ્વારા લેખિત નોટીસ મળ્યાના ૩૦ દિવસની અંદર તેમાં સુધારો નહીં 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 અક્સ્માતો (હાથ માં રહેલ દવાઓ અને રોકડ સહિત) ની નુકશાની / આગ, ચોરી, ઉચાપત, અથવા કોઈ 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 ફીગુજરાત મેડિકલ સર્વિસિસ કોર્પોરેશન લીમીટેડ, ગાંધીનગરખાતે સમય મર્યાદામાં હાર્ડકોપીમાં મોકલી આપવાના રહેશે.

અરજીપત્રક

(૧)

સ્ટોરનું સુચીત સ્થળ : તાલુકા જિલ્લા
સ્થળની સ્થિતિ (નજીક તેમજ દૂરની ફોટો નકશા સાથે બિડાણમાં મુકવી)
શું નજીકમાં કોઈ ખાનગી હોસ્પિટલો / દવાખાનું ચલાવતાં ડોક્ટર છે? (હા/ના)
શું સ્થાન સામાન્ય જનતાને સહેલાઈથી મળી શકે તેમ છે? (હા/ના)

(૨)

અરજદારનો પ્રકાર :

હોસ્પિટલ શેરીટેબલ ટ્રસ્ટ / સોસાયટી

(૩)

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

સરનામું:

આધારકાર્ડ / પાનકાર્ડ નંબર :

સંપર્કની વિગતો:

સંપર્ક માટે વ્યક્તિનું નામ:

સંપર્ક નંબર:

ઇ-મેલ:

(૪)

હોસ્પિટલ માટે :

પલંગ સંખ્યા :

ટર્નઓવર (રૂ. લાખમાં)	૧૦-૫૦	૫૧-૭૫	૭૬-૧૦૦	૧૦૦થી વધુ
નાણાંકીય વર્ષ ૨૦૧૫-૧૬ માટે				
લાગુ પડતા પરટીકરણું				

(૫)

ચેરીટેબલ ટ્રસ્ટ / સોસાયટી માટે:

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

જો હા, તો વિગતો જણાવવી :

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

વર્ષ	૩ થી ઓછા	૩ અને પની વચ્ચે	૫ થી વધુ
લાગુ પડતા પરટીક કરવું			

સંસ્થાના વર્ષ- નોંધણીનું પ્રમાણપત્ર

નાણાંકીય વર્ષ ૨૦૧૫-૧૬ ની આવક-CA દ્વારા પ્રમાણિત

નાણાંકીય વર્ષ ૨૦૧૫-૧૬ ની આવક	૧૦-૫૦ લાખ	૫૧-૧૦૦ લાખ	૧૦૧-૧૦૦૦ લાખ	૧૦૦૦ લાખ થી વધુ
લાગુ પડતા પરટીક કરવું				

(૬)

સહકારી સંસ્થા :

અરજદારનો પ્રકાર :

જિલ્લા કક્ષાની સહકારી સંસ્થા : એપીએમસી :

તાલુકા કક્ષાની સહકારી સંસ્થા :

બીજા પ્રકારની સહકારી સંસ્થા _____ (વિગત)

(૭)

વ્યક્તિ માટે :

ઉંમર:

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