



Baba Farid University of Health Sciences, Faridkot

Sadiq Road Faridkot – 151203 (Pb) India

Phone: 01639-256232, 256236

Fax: 01639-256234

Web: www.bfuhs.ac.in

E-mail: upfdbfuhs@gmail.com

No.16 BFUHS (UPFD)2023/ 6491

Dated: 15/5/2023

WIEB - Site

Subject: Quotations for Printing of OPD Slip.

Sealed quotations are invited for Printing and supply of following OPD Slips on the following terms and conditions mentioned as under:-

Sr. no.	Name of the item	Specifications	Quantity
1.	OPD Slip for Ayurvedic Clinical Research Centre	A4 paper with perforation in between Single side printing (As per sample attached)	1000 nos. (100 slips one pad)
2.	OPD Slip for Homeopathic Clinical Research Centre	A4 paper with perforation in between Single side printing (As per sample attached)	1000 nos. (100 slips one pad)

Terms and conditions:-

1. Payment : By Cheque on receipt of material in good condition and after satisfactory inspection report.
2. FOR : General Store, GGSMH, Faridkot.
3. Rate : Inclusive of all taxes or taxes (as applicable), if any, be mentioned separately in the quotation.
4. Quantity : Quantity may increase or decrease.
5. Proof : In case of enquiry, check and approval of sample, UPFD, BFUHS, Faridkot in any working day from 9.00 A.M to 1.00 P.M.

Quotations must be submitted through post/trackable courier. By hand quotations will not be entertained.

It is further mentioned that only the terms & conditions mentioned by the University on quotation performa will be considered for supply order.

You are requested to send your quotation in a sealed cover, addressed to the Registrar, Baba Farid University of Health Sciences, Sadiq Road, Faridkot (Punjab) and the words "QUOTATION FOR OPD SLIP" may please be inscribed on top of the envelope.

Last date for receipt of quotation in the university office is **25.05.2023** by 5.00 PM


Professor In-charge (UPFD)



ਹੋਮੋਪੈਥੀ ਕਲੀਨੀਕਲ ਰਿਸਰਚ ਸੈਂਟਰ
(ਬਾਬਾ ਫਰੀਦ ਯੂਨੀਵਰਸਿਟੀ ਆਫ ਹੋਲਡ ਸਾਇੰਸਿਜ਼, ਫਰੀਦਕੋਟ)
ਸ਼੍ਰੀ ਗੁਰੂ ਗੋਬਿੰਦ ਸਿੰਘ ਮੈਡੀਕਲ ਕਾਲਜ ਅਤੇ ਹਸਪਤਾਲ,
ਫਰੀਦਕੋਟ



ਰਜਿ: ਨੰ:.....

ਮਿਤੀ:.....

ਨਾਮ:.....

ਉਮਰ:.....

ਪਤਾ:.....

ਲਿੰਗ:.....

Diagnosis :

.....

Signature with date



ਹੋਮੋਪੈਥੀ ਕਲੀਨੀਕਲ ਰਿਸਰਚ ਸੈਂਟਰ
(ਬਾਬਾ ਫਰੀਦ ਯੂਨੀਵਰਸਿਟੀ ਆਫ ਹੋਲਡ ਸਾਇੰਸਿਜ਼, ਫਰੀਦਕੋਟ)
ਸ਼੍ਰੀ ਗੁਰੂ ਗੋਬਿੰਦ ਸਿੰਘ ਮੈਡੀਕਲ ਕਾਲਜ ਅਤੇ ਹਸਪਤਾਲ,
ਫਰੀਦਕੋਟ



ਰਜਿ: ਨੰ:.....

ਮਿਤੀ:.....

ਨਾਮ:.....

ਉਮਰ:.....

ਪਤਾ:.....

ਲਿੰਗ:.....

Diagnosis :

.....

Signature with date



ਆਯੁਰਵੈਦਿਕ ਕਲੀਨੀਕਲ ਰਿਸਰਚ ਸੈਂਟਰ

(ਬਾਬਾ ਫਰੀਦ ਯੂਨੀਵਰਸਿਟੀ ਆਫ ਹੈਲਥ ਸਾਇੰਸਿਜ਼, ਫਰੀਦਕੋਟ)

ਸ਼੍ਰੀ ਗੁਰੂ ਗੋਬਿੰਦ ਸਿੰਘ ਮੈਡੀਕਲ ਕਾਲਜ ਅਤੇ ਹਸਪਤਾਲ,
ਫਰੀਦਕੋਟ



ਆਯੁਰਵੈਦਿਕ ਕਲੀਨੀਕਲ ਰਿਸਰਚ ਸੈਂਟਰ

(ਬਾਬਾ ਫਰੀਦ ਯੂਨੀਵਰਸਿਟੀ ਆਫ ਹੈਲਥ ਸਾਇੰਸਿਜ਼, ਫਰੀਦਕੋਟ)

ਸ਼੍ਰੀ ਗੁਰੂ ਗੋਬਿੰਦ ਸਿੰਘ ਮੈਡੀਕਲ ਕਾਲਜ ਅਤੇ ਹਸਪਤਾਲ,
ਫਰੀਦਕੋਟ



ਰਜਿ: ਨੰ: _____

ਮਿਤੀ: _____

ਰਜਿ: ਨੰ: _____

ਮਿਤੀ: _____

ਨਾਮ: _____

ਉਮਰ: _____

ਨਾਮ: _____

ਉਮਰ: _____

ਪਤਾ: _____

ਲਿੰਗ: _____

ਪਤਾ: _____

ਲਿੰਗ: _____

Diagnosis :

Diagnosis :