



රුහුණ විශ්වවිද්‍යාලය
 วิทยาลัย วิทยาลัย วิทยาลัย
 UNIVERSITY OF RUHUNA

වෛද්‍ය විධය
 மருத்துவப் பீடம்
 Faculty of Medicine

හාමුදා, හැර, 30000 ශ්‍රී ලංකාව අගනුවර හාමු 30000 හාමුදා, කැරපිට්වා (හැර 30000) ශ්‍රී ලංකාව

මගේ අංකය
 My No } RMF/CSQ/2025/013

මගේ අංකය
 Your No }

2025.01.30

Manager,

මිල ගණන් කැඳවීම QUOTATION

01. මෙහි අනෙක් පැත්තේ සඳහන් කර ඇති ද්‍රව්‍ය/සේවා සඳහා දැනට පවත්නා අඩුම මිල ගණන් පිටපත් දෙකකින් යුතුව දක්වනු මැනවි.
 Please quote your present lowest price in duplicate for the articles/Services enumerated overleaf.
02. මෙම මිල ගණන් පියවීම කළ දිනයේ සිට මාස තුනක්/හයක් ඉදිරියට බලපැවැත්විය යුතුය.
 The quotation will be binding for three/six months from the date of closing.
03. මිල ගණන් ඉදිරිපත් කරන ද්‍රව්‍යයන්හි සාම්පල් ද එවිය යුතු යැයි නියම කර ඇති විට ඒ සමඟ ඒවා ද එවිය යුතුය.
 Samples of your offers when required, should be forwarded along with your quotation.
04. මිල ගණන් එවන ලද සාම්පල් යමක් වෙතොත්, මිල ගණන් කැඳවීම පියවූ දින සිට දින 10 ක් ඇතුළත එම සාම්පල් මෙම කාර්යාලයෙන් ඉවත් කර ගෙන යා යුතුය.
 Sample (if any) submitted with the quotation should be removed from this office within 10 days from closing date of the quotation.
05. මෙහි සඳහන් උපදෙස් නිසි ලෙස නොපිළිපැද්දහොත්, ඔබගේ මිල ගණන් ප්‍රතික්ෂේප කිරීමට ඉඩ තිබේ.
 Non-Compliance of instructions stated herein will result in your offers being rejected.
06. මිල ගණන් ඉදිරිපත් කිරීමට නොහැකි වුවද මෙම ආකෘති පත්‍රය ආපසු එවිය යුතුය.
 This form should be duly returned even if you are unable to quote.
07. ඔබ එකතු කළ අගය මත බදු කාර්ය පිණිස ලියාපදිංචි වී ඇති නම් ඔබගේ එකතු කළ අගය මත බද්ද සඳහා ලියාපදිංචි වූ අංකය මිල ගණන් කැඳවීමෙන් සඳහන් කළ යුතුය. එලෙස එකතු කළ අගය මත බද්ද සඳහා ලියාපදිංචි වී නොමැති නම් ඔබගේ මිල ගණන් බදු රහිතව සඳහන් කළ යුතුය. ඒ සමඟ වැට් සඳහා ලියාපදිංචි වී නොමැති බවට දේශීය අදායම් කොමසාරිස් ජෙනරාල්ගෙන් සහතිකයක් ලබා ගෙන එහි ඡායා පිටපතක් මිල ගණන් කැඳවුම් පත්‍රයට අමුණා එවිය යුතුය. එසේ නොවන මිල ගණන් ප්‍රතික්ෂේප කරනු ලැබේ.
 If you are registered for the purpose of VAT, the VAT registration number should be indicated on the quotation. If you are not registered for VAT, the prices should be indicated only in NET value. If so you are kindly requested to attach a copy of the certificate issued by the commissioner of Inland Revenue, certifying that you have not been registered for VAT. If not your quotation will be rejected.
08. මිල ගණන් බහා එවන කවරයේ උඩ වම් කෙළවර "Blood Grouping kit" සඳහා මිල ගණන් යටුවෙන් සඳහන් කර සිල් තබා ලේඛන ගත නැපැලෙන් ජ්‍යෙෂ්ඨ සහකාර මූල්‍යාධිකාරී/වෛද්‍ය විද්‍යාලය 2025.02.13 දින පෙ. ව. 10.00 ට පෙර එවිය යුතුය.
 Quotation should be marked "Blood Grouping kit" on the left hand top corner of the envelope and should be sent under sealed registered cover to Senior Assistant Bursar/Medicine not later than 10. 00 a.m. on 13.02.2025

භාණ්ඩ ඇණවුම් කිරීමේදී අත්තිකාරම් මුදල් ගෙවනු නොලැබේ.
 Advance payments will not be made when placing order, payment will be made only after the goods are received at our stores.

වෙන්වර්තරු වසින් සැලකිය යුතුයි/ Note to tenderer

මෙම ආකෘති පත්‍රයේ ඇති සෑම තීරයක් තීන්තෙන් පිරවිය යුතුය. ලියූ යමක් වෙනස් කරන්නේ නම් ඒවාට කෙටි අත්සන් යෙදිය යුතුයි.
 All columns on this form must be filled in ink. Any alterations should be initialed by the tenderer.

ජ්‍යෙෂ්ඨ සහකාර මූල්‍යාධිකාරී
 Senior Assistant Bursar

Description Of materials අවශ්‍ය වන පිළිබඳ විස්තර	Quantity අවශ්‍ය ප්‍රමාණය	Price per Unit in figures & words			Trade Mark	Date by which Delivery can be completed භාර දීම සම්පූර්ණ කළ හැකි දිනය	Substitutes නියමිත වන වෙනුවට ඉදිරිපත් කරන ද්‍රව්‍ය
		Net	VAT	Total			
1 Blood Grouping kit (with long expiry date) Anti - A Anti - B Anti - C	3						
2 Blood Drawing Syringe - 5CC	100						
3 Surgical Gloves (Powdered)	400						
4 Surgical Gloves (Non Powdered)	100						

Vat Percentage%

Vat No:

Name of Firm

Rubber Stamp

Signature

Date

E- Mail Address, if any:

Contact Tele/ fax No: **091 -2243237** Please send catalogues with your quotations

ආම් වුවක්ම හෝ භාණ්ඩයක්ම මාසයක් ඇතුළත රුහුණ විශ්වවිද්‍යාලයේ වෛද්‍ය පීඨයේ මධ්‍යම වෛක අනන්‍යතා මධ්‍යම භාර දීම යුතුය.