

பேரரசாங்க அமைச்சர் / பேரரசாங்க அமைச்சர்

அரசாங்க அதிபர் / மாவட்ட செயலாளர்
Government Agent / District Secretary

தொலைபேசி

Telephone } 021-222 2235

பெக்ஸ்

Fax } 021-222 2355

E-mail: gajaffna@sltnet.lk



பேரரசாங்க அமைச்சர் / பேரரசாங்க அமைச்சர்

மாவட்ட செயலகம், யாழ்ப்பாணம்.

District Secretariat, Jaffna.

எனது எண்

JK/PROC/DIG.PRINT/09/01/2019

My No.

உமது எண்

Your No.

திகதி

Date

21.05.2019

Web Page

சுறுவிலை கோரல்

Referral Form Book (with Carbon Copy) தயாரித்தல்

யாழ் மாவட்ட செயலகத்தில் Referral Form Book (with Carbon Copy) தயாரிக்கும் பொருட்டு சுறுவிலை கோரப்படுகின்றது. 2019.05.30 ஆந் திகதி பி.ப 2.30 மணிக்கு முன் கிடைக்கக்கூடியவாறு கடித உறையின் இடது பக்க மேல் மூலையில் "Referral Form Book with Carbon Copy தயாரிப்பதற்கான சுறுவிலை" எனக் குறிப்பிட்டு "தலைவர், பெறுகைக்குழு, மாவட்ட செயலகம், யாழ்ப்பாணம்" எனும் முகவரிக்கு பதிவுத்தபாலில் அனுப்பி வைக்குமாறு அல்லது நேரடியாக செயலக பெறுகை அலகில் (அறை இல 42) சேர்ப்பிக்குமாறு கேட்டுக் கொள்கின்றேன். அன்றையதினம் பி.ப.2.30 மணிக்கு சுறுவிலைகள் திறக்கப்படும்.

நிபந்தனைகளும் அறிவுறுத்தல்களும்

1. தங்களது வியாபாரப் பதிவுச் சான்றிதழில் குறிப்பிட்ட வியாபாரப் பதிவுத் தன்மைக்கு அமைவாக மாவட்டச் செயலகத்தில் தாங்கள் குறித்த வேலைகளுக்கு வழங்குனராக பதிவு செய்திருந்தால் மட்டுமே சுறுவிலைகள் சமர்ப்பிக்க முடியும்.
2. இப்படிவ அமைப்பில் எவ்வித மாற்றமுமின்றி பூரணப்படுத்தப்பட வேண்டும். மாற்றீட்டுப் படிவம் ஏற்றுக்கொள்ளப்படமாட்டாது.
3. எம்மால் கோரப்பட்ட நிபந்தனைகள், நியமங்களுக்கு அமைவாக Referral Form Book தயாரித்து வழங்கப்படல் வேண்டும்.
4. தங்களால் வழங்கப்பட்ட சுறுவிலைகளில் வலுவான காலப்பகுதிக்குள் விலை மாற்றம் எதுவும் ஏற்றுக்கொள்ளப்படமாட்டாது. மேலும் உரிய காலப்பகுதிக்குள் எம்மால் வழங்கற் கட்டளை சமர்ப்பித்ததன் பின்னர் தாங்கள் Referral Form Book இனை அச்சிட்டு மாவட்ட செயலகத்தில் ஒப்படைத்தல் வேண்டும். அவ்வாறு அச்சிட்டு வழங்காதவிடத்து தாங்கள் தொடர்ந்து வரும் காலங்களில் கேள்வி நடைமுறைகளில் இருந்து நீக்கப்படுவீர்கள்.
5. தாங்கள் வற்றரி (VAT) செலுத்துபவராக இருப்பின் கட்டாயமாக வற் இலக்கம் மற்றும் சான்றிதழின் பிரதி என்பன இணைக்கப்படல் வேண்டும்.
6. சுறுவிலைகள் 30.05.2019 தொடக்கம் 30.09.2019 வரை வலுவுள்ளதாக இருக்கும்.
7. Referral Form Book இன் மாதிரி இத்துடன் இணைக்கப்பட்டுள்ளது.
8. குறித்ததொரு சுறுவிலையினை ஏற்றுக்கொள்வதோ, நிராகரிப்பதோ பெறுகைக்குழுவின் தீர்மானமாகும்.
9. சுறுவிலைகளுக்கான பட்டியல் இத்துடன் இணைக்கப்பட்டுள்ளது.

ம.சிவகுமார்,

கணக்காளர்(பெறுகை)

மாவட்ட செயலருக்காக

மாவட்ட செயலகம்,

யாழ்ப்பாணம்.

M. Sivakumar

Accountant (Procurement)

for Govt. Agent/District Secretary

District Secretariat

Jaffna

My No:JK/PROC/DIG.PRINT/09/01/2019

Procurement Unit,
District Secretariat, Jaffna
21.05.2019

Referral Form Book (With Carbon Copy) தயாரிப்பதற்கான கூறுவிலை கோரல்

S.No	Details	Description	Form Design	Quantity	Unit Price Rs. (Without Vat)	Total Price Rs. (Without Vat)
1	Referral Form Book (with Carbon Copy)	1. Paper Size - A5(5.83"x8.27") 2. One book contain 100 forms (including 50 original and 50 carbon copy) 3. Heading of the original should be in Colour and others should be in black and white 4. Carbon Copy(including heading) should be in black and white and one sided copy.	Annexed Herewith	40		

தங்களால் வழங்கப்பட்டுள்ள நிபந்தனைகளை ஏற்றுக்கொள்கின்றேன் எனவும். இந்நடைமுறைகளில் இருந்து நான் தவறும் பட்சத்தில் கூறுவிலை கோரலிலிருந்து நீக்கப்படுவேன் என்பதை அறிவேன் எனவும், என்னால் வழங்கப்பட்ட கூறுவிலைகளுக்கமைவாகவும் விபரணங்களுக்கமைவாகவும் Referral Form Book இனை தாங்கள் கோரிக்கையிடும் போது அச்சிட்டு வழங்க சம்மதிக்கிறேன் எனவும் உறுதிப்படுத்துகின்றேன்.

VAT Registration No:.....

Signature & Rubber Stamp

Date



தேசிய ஒருமைப்பாட்டிற்கும் நல்லிணக்கத்திற்குமான அலுவலகம்
OFFICE FOR NATIONAL UNITY AND RECONCILIATION

(ONUR)

Psychosocial Rehabilitation Programme - Northern Province

Colour Print

Print

ck Side Carbon copy

Referral Form

Referred to

Name:
Organization:
Address:

Client Details

Name: D.O.B:
Address: N.I.C No:
District:
Tel: (If available)

Details of client's Problem / Condition / Needs

Reason for referral

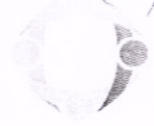
Referred by

Name of staff:
Office:
Address:
Telephone:

Signature

Date of Referral:

Black and white Print



Psychosocial Rehabilitation Programme - Northern Province

Referral Form

Referred to

Name:
 Organization:
 Address:

Client Details

Name:
 Address:
 District:
 Tel: (If available)
 D.O.B:
 N.I.C No:

Details of client's Problem / Condition / Needs

Reason for referral

Referred by

Name of staff:
 Office:
 Address:
 Telephone:

Signature

Date of Referral: