राज्य स्वास्थ्य समिति, बिहार

पत्र संख्या SHSB/PM/552/2020/......54......

प्रेषक,
मनीष रंजन,
सहायक निदेशक, औषधि
प्रोक्योरमेंट कोषांग

सेवा में,
सभी अधीक्षक, चिकित्सा महाविद्यालय अस्पताल।
सभी सिविल सर्जन
सभी जिला कार्यक्रम प्रबंधक

पटना/दिनांक....04/04/2020

विषय: जिला में उपलब्ध Pulse Oximeter (Finger-Clamp/ Digital Fingertip) के संबंध में।

महाशय

उपर्युक्त विषयक COVID- 19 के परिप्रेक्ष्य में जिलान्तर्गत स्वास्थ्य संस्थानो एवं जिला भंडार मे पूर्व से उपलब्ध Pulse Oximeter (Finger-Clamp/ Digital Fingertip) की संख्या अभिज्ञात करने की आवश्यकता है।

2. अतः निम्न विहित प्रपत्र में स्वास्थ्य संस्थानो एवं जिला भंडार में पूर्व से उपलब्ध Pulse Oximeter (Finger-Clamp/ Digital Fingertip) की संख्या एवं आवश्यकता प्रतिवेदित करने की कृपा की जाये :-

जिला/चिकित्सा महाविद्यालय अस्पताल का नाम-

क्र० सं०	स्वास्थ्य संस्थान/विभाग का नाम	पूर्व से उपलब्ध Pulse Oximeter (Finger-Clamp/ Digital Fingertip) की संख्या	Pulse Oximeter (Finger-Clamp/ Digital Fingertip) की आवश्यकता	अभियुक्ति

3. अनुरोध है कि उपर्युक्त प्रतिवेदन प्राथमिकता के आधार पर दिनांक 06.04.2020 को पूर्वाह्न 11:00 बजे तक ई-मेल drugcell@gmail.com एवं aoshsbihar@gmail.com पर भेजने की कृपा की जाये।

विश्वासभाजन
4/4/2020
(मनीष रंजन)

परिवार कल्याण भवन, शेखपुरा, पटना– 800 014,
दूरभाष: 0612–2290328, फैक्स: 0612–2290322, वेबसाइट: www.statehealthsocietybihar.org

Scanned with CamScanner

राज्य स्वास्थ्य समिति, बिहार

पत्र संख्या SHSB/PM/552/2020/..................

प्रेषक,

मनीष रंजन,
सहायक निदेशक, औषधि
प्रोक्योरमेंट कोषांग

सेवा में,

सभी अधीक्षक, चिकित्सा महाविद्यालय अस्पताल।
सभी सिविल सर्जन
सभी जिला कार्यक्रम प्रबंधक

पटना/दिनांक.................

विषय: जिला में उपलब्ध Pulse Oximeter (Finger-Clamp/ Digital Fingertip) के संबंध में।

महाशय

उपर्युक्त विषयक COVID- 19 के परिप्रेक्ष्य में जिलान्तर्गत स्वास्थ्य संस्थानो एवं जिला भंडार में पूर्व से उपलब्ध Pulse Oximeter (Finger-Clamp/ Digital Fingertip) की संख्या अभिज्ञात करने की आवश्यकता है।

2. अत: निम्न विहित प्रपत्र में स्वास्थ्य संस्थानो एवं जिला भंडार में पूर्व से उपलब्ध Pulse Oximeter (Finger-Clamp/ Digital Fingertip) की संख्या एवं आवश्यकता प्रतिवेदित करने की कृपा की जाये :-

जिला/चिकित्सा महाविद्यालय अस्पताल का नाम-

क्र० सं०	**स्वास्थ्य संस्थान/विभाग का नाम**	**पूर्व से उपलब्ध Pulse Oximeter (Finger-Clamp/ Digital Fingertip) की संख्या**	**Pulse Oximeter (Finger-Clamp/ Digital Fingertip) की आवश्यकता**	**अभियुक्ति**

3. अनुरोध है कि उपर्युक्त प्रतिवेदन प्राथमिकता के आधार पर दिनांक 06.04.2020 को पूर्वाह्न 11:00 बजे तक ई-मेल drugcell@gmail.com एवं aoshsbihar@gmail.com पर भेजने की कृपा की जाये।

विश्वासभाजन
ह0/-
(मनीष रंजन)

ज्ञापांक....54.............. पटना, दिनांक....04/04/2020.............

प्रतिलिपि:

- कार्यपालक निदेशक, राज्य स्वास्थ्य समिति, बिहार को कृपया सूचनार्थ प्रेषित।
- प्रबंध निदेशक, BMSICL को कृपया सूचनार्थ प्रेषित।

4/4/2020.
सहायक निदेशक

परिवार कल्याण भवन, शेखपुरा, पटना– 800 014,
दूरभाष: 0612–2290328, फैक्स: 0612–2290322, वेबसाइट: www.statehealthsocietybihar.org

स्वस्थ बिहार समृद्ध बिहार

Scanned with CamScanner