`
ބ. އަތޮޅު ހޮސްޕިޓަލް Baa Atoll Hospital
ބ. އޭދަފުށި Baa Eydhafushi
ދިވެހިރާއްޖެ Rep. of Maldives
ބީލަން ފޮތް
ޕްރޮޖެކްޓްގެ ނަން: ބ. އަތޮޅު ހޮސްޕްޓަލަށް 2 ރޫމްގެ އެޕާރޓްމަންޓެއް 2 އަހަރު ދުވަހުގެ މުއްދަތަށް ކުއްޔަށްދޫކުރާނެ
ފަރާތެއް ހޯދުމަށްދެވޭ މަޢުލޫމާތު ޝީޓް.
ޕް ރޮޖެކްޓް ނަންބަރ: BAH-111/2022/01
އިއުލާން ނަންބަރ: IUL(BAH-AHR/BAH/2022/44)
52 މޭ 5255
Phone:+6906608309,+9606600294 Email:b.atollhosptal@health.gov.mv

`
ބ. އަތޮޅު ހޮސްޕިޓަލް Baa Atoll Hospital
ބ. އޭދަފުށި Baa Eydhafushi
ދިވެހިރާއްޖެ Rep. of Maldives
ފިހުރިސްތު
ސެކްޝަން 1: ބީލަމާއި ގުޅޭ މުހިއްމު ތާރިޚްތަކާއި ރެފަރެންސްތައް
ސެ ކް ޝަން 2: ބީލަން ހުށަހަޅުއްވާ ފަރާތްތަކަށް ދެވޭ އިރުޝާދު
ސެ ކް ޝަން 3: ބީލަން ޙާޞިލުކުރާނެ ފަރާތެއް ހޮވުމުގައި ބަލާ ޕޮއިންޓް ދޭނޭ މިންގަ ނޑުތައް
ސެންޝަން 4: ޖަދުވަލުތައް
ޖަދުވަލުތައް 1: ކޯޓޭޝަން
ޖަދުވަލުތައް 4: ބިޑް ސެކިއުރިޓީ
ޖަދުވަލުތައް 5: ޕާރފޯމަންޓް ގެރެންޓީ
Phone:+6906608309,+9606600294 Email:b.atollhosptal@health.gov.mv

`
ބ. އަތޮޅު ހޮސްޕިޓަލް Baa Atoll Hospital
ބ. އޭދަފުށި Baa Eydhafushi
ދިވެހިރާއްޖެ Rep. of Maldives
ސެކްޝަން: 11
ބީލަ މާއި ގުޅޭ މުހިއްމު ތާރިޚްތަކާއި ރެފަރެންސްތައް
ރިފަރަންސް ބީލަމާއި ގުޅޭ ރިފަރެ ންސް އަދި ތާރީޚްތައް
ނަންބަރު
1.1 ބީލަން ހުށަހެޅުމަށް ރަޖިސްޓްރީކުރުން:
(އިއުލާނުގައިވާ ލިންކް މެދުވެރިކޮށް ފޯމް ހުށަހެޅުމުން ރަޖިސްޓްރީކުރެވޭނެ)
ތަން: ބ. އަތޮޅު ހޮސްޕިޓަލް
ތާރީޚް: 31-24 މެއި 2022 ގެ 14:00 ގެ ކުރިން
އީމެއިލް: b.atollhospital@health.gov.mv
ފޯން ނަންބަރ: 6600260
1.2 ޕްރީ ބިޑް މީޓިންގ އޮންނާނެ ތަނާއި ތާރީޚް:
ތަން:
ތާރީޚް:
ދުވަސް:
ގަޑި:
1.3 މަޢުލޫމާތު ސާފުކުރުމަށް ލިޔުންތައް ފޮނުވަންވީ އެޑްރެސް:
ތަން: ބ. އަތޮޅު ހޮސްޕިޓަލް
ތާރީޚް: 01 ޖޫން 2022 ވާ ބުދަ ދުވަހު ހެނދުނު 11:00 ކުރިން
އީމެއިލް: b.atollhospital@health.gov.mv
ފޯން ނަންބަރ: 6611061
1.4 ބީލަން ހުށަހަޅަންވީ ސުންގަޑި:
ތަން: ބ. އަތޮޅު ހޮސްޕިޓަލް
ތާރީޚް: 05 ޖޫން 2022 ވާ އާދީއްތަ ދުވަސް
ގަޑި: ހެނދުނު 10:30 ގައި
1.6 ބީލަންތައް ވަޒަންކުރާނެ މިންގަ ނޑު ސެކްޝަން 3 ގައި އެވަނީއެވެ.
Phone:+6906608309,+9606600294 Email: b.atollhosptal@health.gov.mv

`
ބ. އަތޮޅު ހޮސްޕިޓަލް Baa Atoll Hospital
ބ. އޭދަފުށި Baa Eydhafushi
ދިވެހިރާއްޖެ Rep. of Maldives
ސެކްޝަން: 10
ބީލަން ހުށަހަޅުއްވާ ފަރާތްތަކަށް ދެވޭ އިރުޝާދު.
1. އެކަމަޑޭޝަންގައި ހުންނަން ޖެހޭނެ މިނިމަމް ރިކުއަރމަންޓު މި މަޢުލޫމާތު ޝީޓްގެ " އެނެކްސް 1 " ގައި އެޓޭޗްކުރެވިފައި
ވާނެއެވެ. މިނިމަމް ރިކްއަރމަންޓަށް ނުފެތޭ ބިޑުތައް ބާތިލް ކުރެވޭނެއެވެ.
2. ބިޑު ހުށަހަޅުއްވާ ފަރާތްތަކުން ހުށަހަޅުއްވާ ބިޑުގައިވާ މައުލޫމާތު ބަލައި، ތަނުގެ އެސެސްމަންޓު ހެދުމަށްފަހު މިނިމަމް
ރިކުރަމަންޓަށް ނުފެތޭ ތަންތަން ހުށަހަޅުއްވާފައިވާ ފަރާތްތަކުގެ ބިޑު ބާތިލު ކުރެވޭނެއެވެ.
3. ހުށަހަޅާ ފަރާތުގެ މައުލޫމާތު ފޯރމް ހުރިހާ ފަރާތްތަކުން ފުރިހަމަ ކުރަންވާނެއެވެ.
4. އަންދާސީ ހިސާބާއެކު ހުށަހަޅާ ލިއުންތައް ވެރިފައިކުރަން ބޭނުން ވެއްޖެނަމަ އަންދާސީ ހިސާބު ހުށަހަޅާފަރާތްތަކުން
ވެރިފައިކުރުމަށް ބޭނުންވާ ލިޔެކިއުންތައް ފޯރުކޮށްދޭން ވާނެއެވެ.
5. ބ. އަތޮޅު ހޮސްޕިޓަލަށް މި ތަންތަން ކުއްޔަށް ނެގުމަށް ބޭނުންވާ މުއްދަތަކީ ދެ އަހަރު ދުވަހަށެވެ.
6. ޓެންޑަރ ޑޮކިއުމެންޓުގެ ހުރިހާ ގަ ނޑެއްގައި ތައްގަ ނޑު ޖަހާ ސޮއި ކޮށްފައި ހުންނަން ވާނެއެވެ. އަދި ޓެންޑަރ
ޑޮކިއުމެންޓުގެ ހުރިހާ ގަ ނޑެއްގައި ޞަފްޙާ ނަންބަރު ތަރުތީބުން ޖަހާފައި ހުންނަން ވާނެއެވެ.
7. އަންދާސީ ހިސާބު ހުށަހަޅާ ފަރާތަކުން ތެރެއިން ތަން ކުއްޔަށް ނެގުމަށް ނިންމާ ތަނުގެ ކުލި ހިނގަންފަށާނީ ދެފަރާތުން
ވެވޭ އެއްބަސްވުމެއްގައި ސޮއިކުރުމަށްފަހުގައެވެ. އެވޯރޑް ލެޓަރ ފޮނުވުމުން މަހު ކުލި ހިނގަން ފެށުނީ ކަމުގައި
ނުބެލެވޭނެއެވެ.
8. ބ. އަތޮޅު ހޮސްޕިޓަލުން އެއްބަސްވުމުގައި ސޮއި ކުރާ ދުވަހުން ފެށިގެން ތަނުގެ ކުލި، ފެންބިލު، ޔޫޓިލިޓީ ބިލުތައް ދައްކާނީ
ބ. އަތޮޅު ހޮސްޕިޓަލުންނެވެ. ކުއްޔަށް ދޫކުރުމަށް ހުށަހަޅާތަނަކީ އެއްބަސްވުމުގައި ސޮއި ކުރުމުގެ ކުރިން ތަނުގެ ހުރިހާ
Phone:+6906608309,+9606600294 Email:b.atollhosptal@health.gov.mv

`
ބ. އަތޮޅު ހޮސްޕިޓަލް Baa Atoll Hospital
ބ. އޭދަފުށި Baa Eydhafushi
ދިވެހިރާއްޖެ Rep. of Maldives
ޕެންޑިންގ ބިލުތަކަށް ފައިސާ ދައްކާ ހަލާސްކޮށްފައިވާ ތަނަކަށް ވާންޖެހޭނެއެވެ. އެގޮތުން ތަނުގެ އެންމެ ފަހުގެ ފެން ބިލު،
ކަރަންޓު ބިލުގެ ކޮޕީ ބިޑާއެކު ހުށަހަޅަންވާނެއެވެ.
9. އަންދާސީ ހިސާބު ހުށަހަޅުއްވާ ފަރާތަކީ އިމާރާތުގެ ވެރިފަރާތް ކަމުގައިވާނަމަ، އިމާރާތުގެ ވެރިފަރާތްކަން އަންގައިދޭ ލިޔުމެއް
ހުށަހަޅަންވާނެއެވެ. އަދި އިމާރާތުގެ ވެރިފަރާތް ނޫން ފަރާތަކުން އަންދާސީ ހިސާބު ހުށަހަޅުއްވާނަމަ، ވެރިފަރާތުން އެޕާރޓްމަންޓް
ކުއްޔަށް ދެވިދާނެކަން ނުވަތަ ވެރިފަރާތުން ހުއްދަދީފައިވާ ފަރާތަކު ން އެޕާރޓްމަންޓް ކުއްޔަށް ދެވިދާނެކަން އަންގައިދޭ ލިޔުމެއް
ހުށަހަޅުއްވަން ވާނެއެވެ. ވެރިފަރާތުން ހުއްދަދީފައިވާ ފަރާތަކުން އެޕާރޓްމަންޓް ކުއްޔަށް ދެވިދާނެކަން އަންގައިދޭ ލިޔުމެއް
ހުށަހަޅާނަމަ، ވެރިފަރާތުން ހުއްދަ ދީފައިވާ ފަރާތާއި ވެރިފަރާތާއި ދެމެދު ވެވިފަ އިވާ އެއްބަސްވުމުގެ ކޮޕީއެއް ނުވަތަ ވެރިފަރާތުން
ދޭ ލިޔުމެއް ހުށަހެޅިދާނެއެވެ. އެއްބަސްވުމުގެ ކޮޕީ ހުށަހަޅުއްވާ އިރު ކޮންފިޑެންޝިއަލް މައުލޫމާތު ކެނޑުމަށް ފަހު
ހުށަހެޅުމާމެދު މިހޮސްޕިޓަލުގެ އިއުތިރާޒެއް ނެތެވެ.
11. ކުއްޔަށް ނެގޭ ތަނުގެ އެޑްވާންސް ފައިސާއެއް ދިނުމަށް ހަމަޖެހިފައެއްނުވެއެވެ.
11. އެއްބަސްވުމުގައި ސޮއި ކުރުމުގެ ކުރިން ތަނުގެ އެސެސްމަންޓެއް ދެ ފަރާތުން) ކުއްޔަށް ހިފާ ފަރާތް އަދި ކުއްޔަށް
ދޭފަރާތް (ހެދުމަށް ފަހު ސޮއި ކުރަން ވާނެއެވެ.
12. ބިޑާ އެކު ތަނުގެ އިންވެންޓަރީ ލިސްޓެއް (ސޮއިކޮށްފައިވާ) ހުށަހަޅަންވާނެއެވެ.
13. ތަން ހުންނަންވާނީ ރަނގަޅު ފެންވަރަށް އިންފްރާސްޓްރަކްޗަރ ހެދިފައެވެ. އަދި ތަނުގެ ސެކިއުރިޓީ ރަނގަޅު ވާނެއެވެ.
14. ތަނުގެ އިންފްރާސްޓްރަކްޗަރ ހެދިފައި ހުންނަ ގޮތުން ތަނަށް ދިމާވާ ބޮޑެތި މަރާމާތު ކުރަންވާނީ ކުއްޔަށް ދޫކުރާ
ފަރާތުންނެވެ. އެހެންނަމަވެސް ތަން ބޭނުން ކުރާ މުވައްޒަފުންގެ ސަބަބުން ތަނަށް ލިބޭ ގެއްލުންތަކުގައި ދެފަރާތުން)
ކުއްޔަށް ދޫކުރާ ފަރާތާއި ކުއްޔަށް ހިފާފަރާތް (ވާހަކަ ދެއްކުމަށްފަހު މާކެޓު ރޭޓަށް ބެލުމަށް ފަހު ބ. އަތޮޅު ހޮސްޕިޓަލުން
ތަން މަރާމާތުކޮށް ދޭން ވާނެއެވެ.
15. ތަން ކުއްޔަށް ހިފާ އިރު ހުންނަންވާނީ ތަނުގައި ކުލަލާ، ފެން ވައިރުކޮށް ކަރަންޓު ލިބޭގޮތަށެވެ. އަދި ތަން ދޫކޮށްލާއިރުވެސް
މިކަންކަން ހުންނަންވާނީ ރަނގަޅަށެވެ.
Phone:+6906608309,+9606600294 Email: b.atollhosptal@health.gov.mv

`
ބ. އަތޮޅު ހޮސްޕިޓަލް Baa Atoll Hospital
ބ. އޭދަފުށި Baa Eydhafushi
ދިވެހިރާއްޖެ Rep. of Maldives
16. އަންދާސީ ހިސާބު ހުށަހަޅުއްވާއިރު ކޮންޓްރެކްޓާރ ވަކިން ސަމަރީ ޝީޓެއްގައި އަގު ހުށަހެޅިދާނެއެވެ. ކޮންމެ މަހެއްގައި
ދައްކަންޖެހޭ ކުލި އަދި މުޅި 2 އަހަރަށްވާ (ޖުމްލަ 24 މަހަށްވާ) ކުލި ވަކިން އެނގޭނެހެން އަންދާސީ ހިސާބުގައި
އޮންނަންވާނެއެވެ.
17. އަންދާސީ ހިސާބު ހުށަހަޅުއްވާ ފަރާތްތަކުން އެޕާރޓްމަންޓް ފްލޯރ ޗާރޓެއް މިންތައް އެނގޭގޮތަށް އަދި އެޕާރޓްމަންޓްގެ
އެތެރެއާއި ބޭރުގެ ފޮޓޯވެސް ހުށަހަޅަންވާނެއެވެ.
18. ދިރިއުޅުމަށްޓަކައި ގޯތި ގެދޮރު ކުއްޔަށް ދިނުމާއި ބެހޭ އާއްމު ޤަވާއިދު ނަންބަރު-23:R2022/ (18 ފެބްރުއަރީ 2022 (
ގައިވާ ގޮތުގެ މަތިން ކުއްޔަށް ދޫކުރާ އެޕާރޓްމަންޓަކީ ސިޓީއެއް ނަމަ ސިޓީ ކައުންސިލްގައި، ރަ ށެ އް ގައި ނަ މަ
ރަ ށުކަ އު ން ސިލް ގަ އި ދަފްތަރު ކުރެވިފައިވާ ފަރާތަކަށް ވާންވާނެއެވެ.
19. ދިރިއުޅުމަށްޓަކައި ގޯތި ގެދޮރު ކުއްޔަށް ދިނުމާއި ބެހޭ އާއްމު ޤަވާއިދު ނަންބަރު-23:R2022/ (18 ފެބްރުއަރީ 2022 (
ގައިވާ ގޮތުގެ މަތިން ކުއްޔަށް ދޫކުރާ އިމާރާތް ނުވަތަ އެޕާރޓްމަންޓް ކުއްޔަށް ދޫކުރިކަމުގެ ހުއްދައިގެ ކޮޕީ ހުށަހެޅުމަށް
އެވޯރޑްވާ ފަރާތަށް 07 ދުވަހުގެ މުއްދަތެއް ދެވޭނެއެވެ.
އެޕާޓުމަންޓުގައި ތިރީގައި ބަޔާންކޮށްފައިވާ ތަކެތި ހުންނަން ވާނެއެވެ.
އެޕާރޓްމަންޓުގައި ހުންނަންޖެހޭ ތަކެތި
ސިޓިންގ ރޫމް
42 އިންޗި ޓީވީ (ކޭބަލް ޓިވީ އާއި އެކު)
01 ސޯފާ ސެޓް (ސޯފާގެ މޭޒާއި އެކު)
01 އަޔަން ބޯޑު (އިސްތިރިއާއި އެކު)
01 މޮޕް (ބާލިދީއާއި އެކު)
01 ފިހިގަ ނޑު
ވައި ފައި އިންޓަރނެޓް
02 ޕްލާސްޓިކް ގޮނޑި
01 މަތިޖެހި ޑަސްޓްބިން
01 ފައި ފުހި
Phone:+6906608309,+9606600294 Email:b.atollhosptal@health.gov.mv

`
ބ. އަތޮޅު ހޮސްޕިޓަލް Baa Atoll Hospital
ބ. އޭދަފުށި Baa Eydhafushi
ދިވެހިރާއްޖެ Rep. of Maldives
ކޮޓަރި (އެޓޭޗް ފާޚާނާއާއި އެކު)
01 އެނދު ގޮދަޑިއާއި އެކު (6*4) ފޫޓަށްވުރެ ކުޑަ ނޫން
01 ސައިޑް ކަބަޑު
01 ޑްރެސިންގ ޓޭބަލް
01 އަލަމާރި (މަދުވެގެން 3*6) ފޫޓް އަށްވުރެ ކުޑަ ނޫން
01 ސުޓަޑީ ޓޭބަލް
01 ގޮނޑި
06 ބާލިސް އުރަ
02 ބެޑް ޝީޓް
01 ކުއިލްޓް
03 ބާލިސް
01 ޑަސްޓްބިން
01 ފިހިގަ ނޑު
12 ކޮނޑު
01 ޓަވަލް ރެކް
01 ފައިފުހި
01 ހީޓަރ (ފިނިފެން އަދި ހޫނުފެން ފާޚާނާއިން ލިބޭ ގޮތަށް)
ބަދިގެ
01 ކާމޭޒް (މަދުވެގެން 3*4) ފޫޓަށްވުރެ ކުޑަ ނޫން
01 މަތިޖެހި ޑަސްޓްބިން
01 ފައި ފުހި
01 މޮޕް (ބާލިދީއާއި އެކު)
01 ފިހިގަ ނޑު
04 ބަތްކާ ތަށި
01 ބަތް އަޅާ ތަށި
01 ރޮށި އަޅާ ތަށި (މަތި ޖެހި)
01 ސެޓް ސަމުސާ (މަދުވެގެން 6 ހިމެނޭ)
01 ސެޓް އޫ (މަދުވެގެން 6 ހިމެނޭ)
02 ދޭފަތް
Phone:+6906608309,+9606600294 Email: b.atollhosptal@health.gov.mv

`
ބ. އަތޮޅު ހޮސްޕިޓަލް Baa Atoll Hospital
ބ. އޭދަފުށި Baa Eydhafushi
ދިވެހިރާއްޖެ Rep. of Maldives
01 ދޭފަތް ރޮށި ފިހަން ބޭނުންކުރާ
01 ގޭސް އުދުން (ގޭސް ފުޅިއާއި އެކު)
01 އައިސް އަލަމާރި (ކުޑަވެގެން 5 ފޫޓް ހުންނަ)
01 ރައިސް ކުކަރ (މަދުވެގެން 1.5 ލީޓަރ ގެ)
01 ޓޯސްޓަރ
01 ތަށި ބަހައްޓާ ހަރު
04 ފެން ބޯ ތަށި
01 މިކްސަރ
01 ތަވާ ރޮށިފިހަން ބޭނުންކުރާ
01 ބިއްލޫރި ތަށި ސުޓޭންޑް
04 ބޯތަށި
04 ޖޯޑު (ވަތުތަށި ހިމެނޭގޮތަށް)
03 ފިޔޮފި
01 ހުނިގާނާ ދަތި
01 ފެން ހޫނުކުރާ ޖަގު
ނޯޓް: ގޭގެ ކުނި އުކުމުގެ އިންތިޒާމާއި ކުއްޔަށް ދޭފަރާތުން ހަމަޖައްސައި ދޭންވާނެއެވެ.
Phone: +6906608309,+9606600294 Email: b.atollhosptal@health.gov.mv

`
ބ. އަތޮޅު ހޮސްޕިޓަލް Baa Atoll Hospital
ބ. އޭދަފުށި Baa Eydhafushi
ދިވެހިރާއްޖެ Rep. of Maldives
ސެކްޝަން 3-
3.1 ބިޑް ހުށަހެޅުއްވޭނެ ފަރާތްތައް:
އަންދާސީ ހިސާބު ހުށަހަޅުއްވަން ވާނީ ވިޔަފާރި ރަޖިސްޓްރީ ކުރުމާއި ބެހޭ ޤާނޫނު ނަންބަރ: 18/2014 ގެ 4 ވަނަ
މާއްދާގައި ބަޔާން ކޮށްފައިވާ ގޮތުގެ މަތިން މިނިސްޓްރީ އޮފް އިކޮނޮމިކް ޑިވެލޮޕްމަންޓުގައި ރަޖިސްޓްރީ ކޮށްފައިވާ ފަރާތް
ތަކަށެވެ.
3.2 ބީލަން ހުށަހަޅާ ފަރާތުން ހުށަހަޅަން ޖެހޭ ލިޔުންތައް :
ހުށަހަޅަންޖެހޭ ލިޔުންތައް
ބީލަން ހުށަހަޅާއިރު ތިރީގައިމިވާ މަޢުލޫމާތު އަދި ލިޔުމެއް އަދި ލިޔުންތައް މަދު ނުވަތަ ނެތްނަމަ ޑިސްކޮލިފައި ކުރެވޭނެއެވެ.
1 ކޯޓޭޝަން (ސެކްޝަން -40 ޖަދުވަލު)1
(ޓެންޑަރ ޑޮކިޔުމެންޓާއި އެކު ކޯޓޭޝަން ހުށަހަޅުއްވަން ވާނެއެވެ) (ކޯޓޭޝަންގައި މިދަންނަވާ މައުލޫމާތު
ހިމަނަންވާނެއެވެ.) ކުންފުނީގެ ލެޓަރ ހެޑް، މަސައްކަތުގެ އަގު، ބިޑް ހުށަހަޅާ ތާރީޚް، ބިޑް ހުށަހަޅާ ފަރާތުގެ ސޮއި،
ކުންފުނި ނުވަތަ ވިޔަފާރި އަކުން ނަމަ ސޮއި ކުރާ މީހާގެ މަޤާމާއި، އެތަނެއްގެ ތައްގަޑު ޖަހައި ފުރިހަމަ ކުރައްވަން
ވާނެއެވެ.
2 ކުންފުނި / ޕާޓްނަރޝިޕް / ކޯޕަރޭޓިވް ސޮސައިޓީ / އަމިއްލަ ފަރުދުންގެ ވިޔަފާރީގެ ރެޖިސްޓްރީގެ ކޮޕީ
3 އެސް.އެމް.އީ ރަޖިސްޓްރޭޝަން ގެ ކޮޕީ. (އެސް.އެމް.އީ އެއްނަމަ)
4 ކުއްޔަށް ދޫކުރާ ތަނުގެ އިންވެންޓުރީ ލިސްޓް (ވެރިފަރާތުން ސޮއިކޮށްފައިވާ)
5 ޖީ.އެސް.ޓީއަށް ރަޖިސްޓްރީ ކުރަންޖެހޭ ފަރާތްތަކުން އެފަރާތަށް މީރާއިން ދޫކޮށްފައިވާ ޖީއެސްޓީ ރެޖިސްޓްރޭޝަން
ސެޓްފިކެޓު ކޮޕީ
6 މޯލްޑިވްސް އިންލަންޑް ރެވެނިއު އޮތޯރިޓީން ދޫކުރާ ޓެކްސް ކްލިއަރެންސް ރިޕޯޓްގެ ކޮޕީ
7 ބިޑު ސެކިއުރިޓީ (ބިޑު ސެކިއުރިޓީ ހުށަހަޅަންޖެހޭ ފަރާތްތަކުން) (02 އަހަރު ދުވަހަށް ޖެހޭ ކުލީގެ ޖުމްލަ އަދަދު 5
ލައްކަ ރުފިޔާ އަށްވުރެ ބޮޑުވާނަމަ އެފަރާތްތަކުން (
8 ގޯތީގެ ރަޖިސްޓްރީ އަދި ރަޖިސްޓްރީކޮށްފައިވާ ފަރާތްތަކުގެ މައުލޫމާތު ލިސްޓް، އައިޑީ ކާރޑުގެ ކޮޕީ އާއިއެކު
9 ދިރިއުޅުމަށްޓަކައި ގޯތި ގެދޮރު ކުއްޔަށް ދިނުމާއި ބެހޭ އާއްމު ޤަވާއިދު ނަންބަރު-23:R2022/(18 ފެބްރުއަރީ
(2022 ގައިވާ ގޮތުގެ މަތިން ކުއްޔަށް ދޫކުރާ އެޕާރޓްމަންޓަކީ ސިޓީއެއް ނަމަ ސިޓީ ކައުންސިލްގައި،
Phone: +6906608309,+9606600294 Email: b.atollhosptal@health.gov.mv

`
ބ. އަތޮޅު ހޮސްޕިޓަލް Baa Atoll Hospital
ބ. އޭދަފުށި Baa Eydhafushi
ދިވެހިރާއްޖެ Rep. of Maldives
ރަ ށެ އް ނަ މަ ރަ ށުކަ އު ންސި ލު އިދާރާގައި ދަފްތަރު ކުރެވިފައިވާ ކަމުގެ ލިއުން
ބީލަން ހުށަހަޅާއިރު ތިރީގައިމި ވާ އިރުޝާދާ އެއްގޮތަށް ބީލަން ހުށަހަޅާފައިނުވާނަމަ ބީލަން ބާތިލް ކުރުމުގެ އިޙްތިޔާރު ބީލަމަށް ހުޅުވާލި
ފަރާތަށް ލިބިގެންވެއެވެ.
1 ޞަފްހާ ނަންބަރު ޖަހާފައި (ކިތައް ޞަފްޙާގެ ތެރެއިން ކިތައްވަނަ ޞަފްޙާކަން އެނގޭގޮތަށް)
2 ޞަފްހާތަކުގައި ހުރީ ސޮއިކޮށްފައި
3 ބީލަމުގެ ގަ ނޑުތައް ހުރީ ވަކިނުވާނެހެން ބައިންޑްކޮށް / ހީރަސްޖަހާފައި
އެއްބަސްވުމުގައި ސޮއިކުރުމުގެ ކުރިން ހުށަހަޅަންޖެހޭ ލިޔުންތައް
1 ޕާފޮމަންސް ގެރެންޓީ ނަގަންޖެހޭ އަދަދުގެ ކޮންޓުރެކްޓުތަކަށް ޕާފޮމަންސް ގެނެރެންޓީ / ބިޑު ބޮންޑު) 2 އަހަރު
ދުވަހަށް ޖެހޭ ކުލީގެ ޖުމްލަ އަދަދު 5 ލައްކަ ރުފިޔާ އަށްވުރެ ބޮޑުވާނަމަ އެފަރާތްތަކުން (
2 ދިރިއުޅުމަށްޓަކައި ގޯތި ގެދޮރު ކުއްޔަށް ދިނުމާއި ބެހޭ އާއްމު ޤަވާއިދު ނަންބަރު-23:R2022/(18 ފެބްރުއަރީ
2022 (ގައިވާ ގޮތުގެ ކުއްޔަށް ދޫކުރާ އިމާރާތް ނުވަތަ އެޕާރޓްމަންޓް ކުއްޔަށް ދޫކުރިކަމުގެ ހުއްދައިގެ ކޮޕީ
ކޮންޓްރެކްޓަރ ހުށަހަޅުއްވާފައިވާ ޑޮކިޔުމެންޓް ތައް ޗެކް ކުރާއިރު ޑޮކިޔުމެންޓެއް ނުވަތަ ޑޮކިޔުމެންޓް ތަކެއް ޞައްޙަ ނޫން ކަމަށް ސާބިތު
ވެއްޖެނަމަ އެ ފަރާތެއްގެ ބިޑް ބާޠިލް ކުރެވޭނެ އެވެ.

Phone: +6906608309,+9606600294 Email: b.atollhosptal@health.gov.mv

`
ބ. އަތޮޅު ހޮސްޕިޓަލް Baa Atoll Hospital
ބ. އޭދަފުށި Baa Eydhafushi
ދިވެހިރާއްޖެ Rep. of Maldives
ހުށަހަޅާ ފަރާތުގެ މަޢުލޫމާތު:
ބީލަން ހުށަހަޅާއިރު ތިރީގައިމިވާ މަޢުލޫމާތު ފުރިހަމަކުރެވިފައި ހުންނަންވާނެއެވެ.
ބީލަން ހުށަހަޅާ ފަރާތުގެ ނަން:
....
ބީލަން ހުށަހަޅާ ފަރާތަކީ ކުންފުނި ނުވަތަ އިންވެސްޓްމަންޓެއްނަމަ، ވެރި ފަރާތުގެ ނަން:
....
ކުންފުނި ނުވަތަ އިންވެސްޓްމަންޓެއް ނަމަ ވެރިފަރާތުގެ އެޑްރެސް:
....
އީމެއިލް އެޑްރެސް: ގުޅޭނެ ފޯން ނަމްބަރު:
....
ސެކްޝަން 3-
ބީލަން ޙާޞިލުކުރާނެ ފަރާތެއް ހޮވުމުގައި ބަލާ ޕޮއިންޓް ދޭނޭ މިންގަ ނޑުތައް
ހުށަ ހެޅި ފަރާތް
ލިބޭ ޕޮއިންޓް 100 100
-1 އަގަށް ޕޮއިންޓް ދޭނެގޮތް
އެންމެ ކުޑައަގު ހުށަހަޅާފައިވާ ފަރާތަކަށް ލިބޭނީ 111 ޕޮއިންޓް އެވެ.) މިގޮތުން ޕޮއިންޓް ދެވޭނީ އެންމެ ކުޑަ އަގެއް ހުށަހަޅާ
ފަރާތަކަށް އެންމެ މަތީ ޕޮއިންޓް ދިނުމަށްފަހު އެއަށްފަހު ޕޮއިންޓް ދެވޭނީ ރޭޝިއޯ އިންނެވެ.(
Phone: +6906608309, +9606600294 Email: b.atollhosptal@health.gov.mv
ޖުމްލަ އަގު

`
ބ. އަތޮޅު ހޮސްޕިޓަލް Baa Atoll Hospital
ބ. އޭދަފުށި Baa Eydhafushi
ދިވެހިރާއްޖެ Rep. of Maldives
ސެކްޝަން: 4
ޖަދުވަލުތައް
ޖަދުވަލު – 1 އަގު ހުށަހަޅަންވީ ގޮތް
ތަފްޞީލް އެޕާޓުމަންޓަށް މަހަކަށް 2 އަހަރު ދުވަހަށް ޖެހޭ އަދަދު
ޖެހޭ އަގު
ޖުމްލަ:
ޖީ.އެސް.ޓީ (ޖީ.އެސް.ޓީ ހުށަހަޅަން ޖެހޭ ފަރާތްތަކުން އެކަނި)
މުޅި ޖުމްލަ:
Phone:+6906608309,+9606600294 Email:b.atollhosptal@health.gov.mv

`
Baa Atoll Hospital ބ. އަތޮޅު ހޮސްޕިޓަލް
Baa Eydhafushi ބ. އޭދަފުށި

Rep. of Maldives ދިވެހިރާއްޖެ

Phone: +690 6608309, +960 6600294 Email: b.atollhosptal@health.gov.mv

ޖަދުވަލު -2 : ބިޑް ސެކިއުރިޓީ

F o r m o f B i d S e c u r i t y (B a n k G u a r a n t e e)
The Issuing Bank shall fill in this Bank Guarantee Form in accordance with the instructions indicated. … … … … … … … … … … … … … {Bank’s Name, and Address of Issuing Branch or Office}

Beneficiary: {Name and Address of Employer}

Date:

TENDER GUARANTEE No.: __________________________

We have been informed that __________________________ {name of the Tenderer} (hereinafter called "the Tenderer") has submitted to you its Tender dated ___________ (hereinafter called "the Tender") for the execution of ________________ {name of contract} under Invitation for Tenders No. ___________ (“the IFB”).

Furthermore, we understand that, according to your conditions, Tenders must be supported by a Tender guarantee.

At the request of the Tenderer, we ____________________ {name of Bank} hereby irrevocably undertake to pay you any sum or sums not exceeding in total an amount of ___________ [amount in figures] (____________) [amount in words] upon receipt by us of your first demand in writing accompanied by a written statement stating that the Tenderer is in breach of its obligation(s) under the Tender conditions, because the Tenderer:

(a) has withdrawn its Tender during the period of Tender validity specified by the
Tenderer in the Form of Tender; or

(b) having been notified of the acceptance of its Tender by the Employer during the
period of Tender validity, (i) fails or refuses to execute the Contract Form, if required, or (ii) fails or refuses to furnish the performance security, in accordance
with the ITB.

This guarantee will expire: (a) if the Tenderer is the successful Tenderer, upon our receipt of copies of the contract signed by the Tenderer and the performance security issued to you upon the instruction of the Tenderer; and (b) if the Tenderer is not the successful Tenderer, upon the earlier of (i) our receipt of a copy your notification to the Tenderer of the name of the successful Tenderer; or (ii) {insert date}twenty-eight days after the expiration of the Tenderer’s Tender.

Consequently, any demand for payment under this guarantee must be received by us at the office on or before that date.

This guarantee is subject to the Uniform Rules for Demand Guarantees, ICC Publication No. 458 [signature(s]

`
Baa Atoll Hospital ބ. އަތޮޅު ހޮސްޕިޓަލް
Baa Eydhafushi ބ. އޭދަފުށި

Rep. of Maldives ދިވެހިރާއްޖެ

Phone: +690 6608309, +960 6600294 Email: b.atollhosptal@health.gov.mv

ޖަދުވަލު - 03: ޕާރޯފމަންޓް ގެރެންޓީ
F o r m o f P e r f o r m a n c e B a n k G u a r a n t e e [The issuing bank, as requested by the successful Contractor, shall fill in this form in accordance with the instructions indicated]

Date: [insert date (as day, month, and year)]

Title of the procurement: [Insert general title of the procurement]

Procurement Reference No: [insert reference]

Bank’s Branch or Office: [insert complete name of Guarantor]

Beneficiary: [insert complete name of Employer/Procuring Entity]

Performance Guarantee No:

We have been informed that …….. [name of the Contractor], (hereinafter called “the Contractor”) has entered into Contract No. . . . . . [procurement reference number of the Contract]. dated [insert day and month], [insert year], with you, for the execution of ……………….. [name of contract and brief description of Works] (hereinafter called “the Contract”).

Furthermore, we understand that, according to the conditions of the Contract, a performance guarantee is required.

At the request of the Contractor, we …………………. [name of the Bank] hereby irrevocably undertake to pay you any sum or sums not exceeding in total an amount of ………………………… [name of the currency and amount in figures] 1…. (. . . . . [amount in words]) such sum being payable in the types and proportions of currencies in which the Contract Price is payable, upon receipt by us of your first demand in writing accompanied by a written statement stating that the Contractor is in breach of its obligation(s) under the Contract, without your needing to prove or to show grounds for your demand or the sum specified therein.

This guarantee shall expire, no later than the . . . . . day of . . . . , ... 2

, and any demand for
payment under it must be received by us at this office on or before that date. The Guarantor agrees to a one-time extension of this guarantee for a period not to exceed ….[six months][one year], in response to the Employer’s written request for such extension, such request to be presented to the Guarantor before the expiry of the guarantee.

This guarantee is subject to the Uniform Rules for Demand Guarantees, ICC Publication No. 458, except that subparagraph (ii) of Sub-article 20(a) is hereby excluded.

. . . .

[Seal of Bank and Signature(s)]

`
Baa Atoll Hospital ބ. އަތޮޅު ހޮސްޕިޓަލް
Baa Eydhafushi ބ. އޭދަފުށި

Rep. of Maldives ދިވެހިރާއްޖެ

Phone: +690 6608309, +960 6600294 Email: b.atollhosptal@health.gov.mv

Note –
All italicized text is for guidance on how to prepare this demand guarantee and shall be deleted from the final document.

1

The Guarantor shall insert an amount representing the percentage of the Contract Price specified in the Contract and denominated either in the currency(ies) of the Contract or a freely convertible currency acceptable to the Employer.

2

Insert the date twenty-eight days after the expected completion date. The Employer should note that in the event of an extension of the time for completion of the Contract, the Employer would need to request an extension of this guarantee from the Guarantor. Such request must be in writing and must be made prior to the expiration date established in the guarantee.

އެނެކްސް -1

އެޕާރޓްމަންޓުގައި ހުންނަންޖެހޭ ތަކެތި

ސިޓިންގ ރޫމް

42 އިންޗި ޓީވީ (ކޭބަލް ޓިވީ އާއި އެކު)
01 ސޯފާ ސެޓް (ސޯފާގެ މޭޒާއި އެކު)
01 އަޔަން ބޯޑު (އިސްތިރިއާއި އެކު)
01 މޮޕް (ބާލިދީއާއި އެކު)
01 ފިހިގަ ނޑު
ވައި ފައި އިންޓަރނެޓް
02 ްޕލާސްޓިކް ގޮނޑި
01 މަތިޖެހި ޑަސްޓްބިން
01 ފައި ފުހި

ކޮޓަރި (އެޓޭޗް ފާޚާނާއާއި އެކު)

01 އެނދު ގޮދަޑިއާއި އެކު (4*6) ފޫޓަށްވުރެ ކުޑަ ނޫން 01 ސައިޑް ކަބަޑު
01 ޑްރެސިންގ ޓޭބަލް
01 އަލަމާރި (މަދުވެގެން 6*3) ފޫޓް އަށްވުރެ ކުޑަ ނޫން

`
ބ. އަތޮޅު ހޮސްޕިޓަލް Baa Atoll Hospital
ބ. އޭދަފުށި Baa Eydhafushi
ދިވެހިރާއްޖެ Rep. of Maldives
01 ސުޓަޑީ ޓޭބަލް
01 ގޮނޑި
06 ބާލިސް އުރަ
02 ބެޑް ޝީޓް
01 ކުއިލްޓް
03 ބާލިސް
01 ޑަސްޓްބިން
01 ފިހިގަ ނޑު
12 ކޮނޑު
01 ޓަވަލް ރެކް
01 ފައިފުހި
01 ހީޓަރ (ފިނިފެން އަދި ހޫނުފެން ފާޚާނާއިން ލިބޭ ގޮތަށް)
ބަދިގެ
01 ކާމޭޒް (މަދުވެގެން 3*4) ފޫޓަށްވުރެ ކުޑަ ނޫން
01 މަތިޖެހި ޑަސްޓްބިން
01 ފައި ފުހި
01 މޮޕް (ބާލިދީއާއި އެކު)
01 ފިހިގަ ނޑު
04 ބަތްކާ ތަށި
01 ބަތް އަޅާ ތަށި
01 ރޮށި އަޅާ ތަށި (މަތި ޖެހި)
01 ސެޓް ސަމުސާ (މަދުވެގެން 6 ހިމެނޭ)
01 ސެޓް އޫ (މަދުވެގެން 6 ހިމެނޭ)
02 ދޭފަތް
01 ދޭފަތް ރޮށި ފިހަން ބޭނުންކުރާ
01 ގޭސް އުދުން (ގޭސް ފުޅިއާއި އެކު)
01 އައިސް އަލަމާރި (ކުޑަވެގެން 5 ފޫޓް ހުންނަ)
01 ރައިސް ކުކަރ (މަދުވެގެން 1.5 ލީޓަރ ގެ)
01 ޓޯސްޓަރ
01 ތަށި ބަހައްޓާ ހަރު
04 ފެން ބޯ ތަށި
Phone:+6906608309,+9606600294 Email: b.atollhosptal@health.gov.mv

`
ބ. އަތޮޅު ހޮސްޕިޓަލް Baa Atoll Hospital
ބ. އޭދަފުށި Baa Eydhafushi
ދިވެހިރާއްޖެ Rep. of Maldives
01 މިކްސަރ
01 ތަވާ ރޮށިފިހަން ބޭނުންކުރާ
01 ބިއްލޫރި ތަށި ސުޓޭންޑް
04 ބޯތަށި
04 ޖޯޑު (ވަތުތަށި ހިމެނޭގޮތަށް)
03 ފިޔޮފި
01 ހުނިގާނާ ދަތި
01 ފެން ހޫނުކުރާ ޖަގު
ނޯޓް: ގޭގެ ކުނި އުކުމުގެ އިންތިޒާމާއި ކުއްޔަށް ދޭފަރާތުން ހަމަޖައްސައި ދޭންވާނެއެވެ.
Phone: +6906608309, +960 6600294 Email: b.atollhosptal@health.gov.mv