



RFQ of ISTEHAQ, BAYAN-E-HALFI FORMS

RFQ Ref. # 01-120321R002-March-21

Pakistan Kidney and Liver Institute & Research Center is a public hospital that specializes in Liver and Kidney transplants, serving the masses with state-of-the-art facility while giving financial assistance to the deserving patients.

For following demand in our institute, please share quotation with best possible rates on or before 03.00pm 30.06.2021

S.No	Item Description	Specification	Size	Qty	Sample
1	Istehqaq Form	04 color 80 gram	A4	15,000	Sample Attached
2	Biyān-E-Halfi Form (2)	1 color 80 gram	A4	15,000	
3	Biyān-E-halfi Form (3)	1 color 80 gram	A4	5,000	

Terms & Conditions:


1. Quotations are required only from sales tax registered firms.
2. PKLI is exempt from GST/PST.
3. Quotation should be printed on company letter head and duly signed & stamped.
4. Quotation is evaluated on Composite rate Basis.
5. Only one brand must be quoted otherwise quotation will be rejected.
6. Brand should be mentioned against each item.
7. Original sealed quotation must be delivered in Mail Section of PKLI by 30th-June-2021 not later than 03pm. **(Quotation will not be entertained through email)**
8. Completion is required within 7 days after issuance of Purchase Order.
9. In case of any/further clarification please contact.
10. Quantity may be increase or decrease within approved budget.

Looking forward to your prompt response.



Address | HOD Procurement

Pakistan Kidney and Liver Hospital & Research Center
Package B, 2nd Floor, One PKLI Avenue, Opposite DHA Phase-6, Knowledge City,
Lahore. Tel: 92-42-111-117-554, Ext-3728, | Mobile # 0336-5061991

فارم نمبر FS F0006	 پاکستان کڈنی اینڈ لیورانسٹی ٹیوٹ اینڈ ریسرچ سینٹر
ورژن نمبر: 01	
فارم نمبر 2	نام شعبہ: فائیل سکریننگ فارم کا نام: بیان حلفی

بیان حلفی

میں اللہ تعالیٰ کو حاضر ناظر جان کر بیان دیتا/ دیتی ہوں کہ میں زکوٰۃ کا/ کی مستحق ہوں اور اپنی بیماری کی تشخیص اور علاج کے لئے پاکستان کڈنی اینڈ لیورانسٹی ٹیوٹ اینڈ ریسرچ سنٹر کے عطیات فنڈ سے امداد لینا چاہتا/ چاہتی ہوں/ لے رہا/ لے رہی ہوں۔ میں یہ بھی جانتا/ جانتی ہوں کہ اس بیماری کے علاج معالجہ کا خرچہ _____ تک یا اس سے بھی زیادہ ہو سکتا ہے۔ لہذا میں PKLI کو بطور وکیل اپنے علاج کے لئے زکوٰۃ/ صدقات اکٹھی کرنے کا اختیار دیتا/ دیتی ہوں۔

میں حلفاً بیان دیتا/ دیتی ہوں کہ نہ تو میں نے کوئی حقائق چھپائے ہیں اور نہ ہی اپنے کسی مالی وسیلے پر پردہ ڈالا ہے۔ مجھے بخوبی علم ہے کہ اس ہسپتال کے عطیات فنڈ پر صرف اور صرف نادار اور غریب مریضوں کا حق ہے لہذا اپنے مالی حالات کی وجہ سے میں اپنے آپ کو عطیات / زکوٰۃ فنڈ سے امداد کا مستحق سمجھتا/ سمجھتی ہوں۔ اگر میں نے غلط بیانی کرتے ہوئے PKLI کے فنڈ سے مالی امداد حاصل کی تو میں غریب اور نادار مریضوں کی حق تلفی کروں گا/ گی اور سخت گناہ کا مرتکب ہوں گا۔

محکمہ Financial Screening کے عملہ کی پوچھ گچھ کے جواب میں، میں نے اپنے تمام کوائف صحیح صحیح بیان کر دیے ہیں۔ مجھے علم ہے کہ ہسپتال کا عملہ میرے تمام مالی وسائل کی تفتیش بھی کروائے گا جس پر مجھے کوئی اعتراض نہیں۔ میں اقرار کرتا/ کرتی ہوں کہ اگر میرے بتائے ہوئے حقائق درست ثابت نہ ہوئے تو میں اپنے علاج کا تمام خرچہ خود ہی نقد ادا کروں گا/ گی اور پہلے سے اپنے علاج پر خرچ شدہ عطیات/ زکوٰۃ کی رقم بھی PKLI کو واپس ادا کروں گا/ گی۔

ولدیت/ زوجیت:

دستخط مریض و تاریخ:

دستخط عملہ و تاریخ:

نام مریض:

میڈیکل ریکارڈ نمبر:

Financial screening department, PKLI



پاکستان کڈنی اینڈ لیور انسٹی ٹیوٹ
اینڈ ریسرچ سینٹر

فارم نمبر FS F0005

ورژن نمبر: 01

نام شعبہ: فائیل سکریننگ

فارم کا نام: استحقاق سرٹیفکیٹ برائے مریضوں (مستحقین زکوٰۃ)

تاریخ نمبر 1

استحقاق سرٹیفکیٹ برائے مریضوں (مستحقین زکوٰۃ)

ہدایات

- 1۔ مقامی زکوٰۃ کمیٹیوں کے چیرمین صاحبان کے لئے ضروری ہے کہ زکوٰۃ کے مستحق مریضوں کو سرٹیفکیٹ دیتے وقت اس بات کو یقینی بنائیں کہ مسائل کا نام مقامی زکوٰۃ کمیٹی کے رجسٹر میں درج ہے۔
 - 2۔ سرٹیفکیٹ میں مستحقین زکوٰۃ کی فہرست کے مطابق مسائل کا نمبر شمار اور سیریل نمبر درج کیا جائے۔
 - 3۔ اگر مسائل کا نام پہلے سے مستحقین زکوٰۃ کی فہرست میں درج نہ ہو اور مقامی زکوٰۃ کمیٹی علاج معالجہ کے لئے اسے مستحق زکوٰۃ سمجھتی ہو تو کمیٹی اپنی میٹنگ منعقد کر کے اس کے استحقاق کا فیصلہ کرے اور کارروائی رجسٹر میں بھی اس کا باقاعدہ اندراج کیا جائے۔
 - 4۔ مقامی زکوٰۃ و عشر کمیٹی کی طرف سے جاری کردہ استحقاق سرٹیفکیٹ پر دستخط چیرمین کی تصدیق ضلعی عشر کمیٹی/تحصیل زکوٰۃ و عشر کمیٹی متعلقہ کے چیرمین یا سیکرٹری سے کروانا ضروری ہوگا۔
- نوٹ: ضابطے کی کارروائی مکمل کیے بغیر اگر استحقاق سرٹیفکیٹ جاری کر دیا گیا اور ریکارڈ میں اس کا اندراج نہ کیا گیا تو اس مریض پر ہونے والے اخراجات چیرمین مقامی زکوٰۃ کمیٹی سے اس کی ذاتی حیثیت سے وصول کیے جائیں گے۔

استحقاق سرٹیفکیٹ برائے مریضوں (مستحقین زکوٰۃ)


مقامی زکوٰۃ کمیٹی کو ڈیڑ نمبر تحصیل ضلع
تصدیق کی جاتی ہے کہ (نام مستحق مریض) ولد/زوجہ عمر
قومی شناختی کارڈ نمبر
اگر اپنا نہیں ہے تو باپ یا خاوند کا لکھ دیں اور شناختی کارڈ کی فوٹو کاپی ساتھ لگائیں۔
مکمل پتہ سکھ تحصیل ضلع
کو سماجی بہبود کے اداروں کے ذریعے امداد کے لئے مستحق زکوٰۃ قرار دے دیا ہے۔ مقامی زکوٰۃ کی فہرست مستحقین میں اس کا نمبر شمار ہے پندرہ (15) دن کے اندر اندر دفتر تہذیب میں جمع کروادیں۔
(سیریل نمبر LZ-19)
دستخط چیرمین مقامی زکوٰۃ کمیٹی:

دستخط:

تاریخ:

نام:

مہر:

فارم نمبر FS F0007	پاکستان کڈنی اینڈ لیورانسٹی ٹیوٹ اینڈ ریسرچ سینٹر	
ورژن نمبر: 01		
فارم نمبر 3	نام شعبہ: فائیل سکریننگ	
	فارم کا نام: بیان حلفی برائے مالی معاونت	

بیان حلفی برائے مالی معاونت

میں اللہ تعالیٰ کو حاضر ناظر جان کر بیان دیتا/ دیتی ہوں کہ میں اپنی بیماری کی تشخیص اور علاج کے اخراجات برداشت نہیں کر سکتا/ سکتی جس کے لئے میں پاکستان کڈنی اینڈ لیورانسٹی ٹیوٹ اینڈ ریسرچ سینٹر سے درخواست کرتا/ کرتی ہوں کہ مجھے علاج کے اخراجات میں رعایت دی جائے۔ میں حلفاً بیان دیتا/ دیتی ہوں کہ نہ تو میں نے کوئی حقائق چھپائے ہیں اور نہ ہی اپنے مالی وسائل پر پردہ ڈالا ہے۔ مجھے علم ہے کہ صرف کم وسائل والے افراد ہی مالی مدد اور اخراجات میں رعایت کے مستحق ہیں۔ اگر میں نے غلط بیانی کرتے ہوئے مالی معاونت حاصل کی تو اس سے غریب اور نادار مریضوں کی حق تلفی ہوگی۔ میں نے مالی وسائل کی جانچ کرنے والے شعبہ (Financial Screening) کے عملے کو اپنے تمام کوائف صحیح صحیح بتا دیے ہیں اور مجھے علم ہے کہ ہسپتال میرے مالی وسائل اور معاملات کی تفتیش کر دئے گا جس پر مجھے کوئی اعتراض نہیں۔ میں اقرار کرتا/ کرتی ہوں کہ اگر میرے بتائے گئے حقائق درست ثابت نہ ہوئے تو میں اپنے علاج کا تمام خرچ خود ہی نقد ادا کروں گا/ گی اور پہلے سے حاصل کی گئی رعایت کی تمام رقم PKLI کو واپس کروں گا/ گی۔

نام مریض:	ولدیت/ زوجیت:
میڈیکل ریکارڈ نمبر:	دستخط مریض و تاریخ:
	دستخط عملہ و تاریخ:

Financial screening department, PKLI