



## 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 12.00pm 03.09.2021

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 3rd-September-2021 not later than 12pm. **(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, 2<sup>nd</sup> 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 F0007/03	پاکستان کڈنی اینڈ لیور انسٹیٹیوٹ اینڈ ریسرچ سنٹر 1۔ پی کے ایل آئی ایوینیو، القائل ڈی ایچ ایچ 6، لاہور، پاکستان	
ورژن نمبر: 02		
		نام شعبہ: فنانشیل سکریننگ
		فارم کا نام: 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 لیور انسٹیٹیوٹ اینڈ ریسرچ سنٹر 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 (فنانشیل سکریننگ) کے عملے کو اپنے تمام کوائف صحیح صحیح بتادیے ہیں اور مجھے علم ہے کہ ہسپتال میرے مالی وسائل اور معاملات کی تفتیش کروائے گا جس پر مجھے کوئی اعتراض نہیں۔

میں اقرار کرتا / کرتی ہوں کہ اگر میرے 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 پی کے ایل آئی اینڈ آر سی کو واپس کروں گا / گی۔ مجھے بتادیا گیا ہے کہ کلینک / اوپی ڈی میں تجویز کردہ ادویات پر مالی رعایت نہیں ملے گی۔

نام مریض: \_\_\_\_\_ ولدیت / زوجیت: \_\_\_\_\_  
میڈیکل ریکارڈ نمبر: \_\_\_\_\_ دستخط مریض و تاریخ: \_\_\_\_\_  
فنانشیل سکریننگ ڈیپارٹمنٹ، پی کے ایل آئی \_\_\_\_\_ دستخط عملہ و تاریخ: \_\_\_\_\_

فارم نمبر: FS F0007/03	پاکستان کڈنی اینڈ لیور انسٹیٹیوٹ اینڈ ریسرچ سنٹر 1۔ پی کے ایل آئی ایوینیو، القائل ڈی ایچ ایچ 6، لاہور، پاکستان	
ورژن نمبر: 02		
		نام شعبہ: فنانشیل سکریننگ
		فارم کا نام: 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 لیور انسٹیٹیوٹ اینڈ ریسرچ سنٹر 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 (فنانشیل سکریننگ) کے عملے کو اپنے تمام کوائف صحیح صحیح بتادیے ہیں اور مجھے علم ہے کہ ہسپتال میرے مالی وسائل اور معاملات کی تفتیش کروائے گا جس پر مجھے کوئی اعتراض نہیں۔

میں اقرار کرتا / کرتی ہوں کہ اگر میرے 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 پی کے ایل آئی اینڈ آر سی کو واپس کروں گا / گی۔ مجھے بتادیا گیا ہے کہ کلینک / اوپی ڈی میں تجویز کردہ ادویات پر مالی رعایت نہیں ملے گی۔

نام مریض: \_\_\_\_\_ ولدیت / زوجیت: \_\_\_\_\_  
میڈیکل ریکارڈ نمبر: \_\_\_\_\_ دستخط مریض و تاریخ: \_\_\_\_\_  
فنانشیل سکریننگ ڈیپارٹمنٹ، پی کے ایل آئی \_\_\_\_\_ دستخط عملہ و تاریخ: \_\_\_\_\_

فارم نمبر FS F0005	پاکستان گڈنی اینڈ لیورانسٹی ڈیوٹ اینڈ ریسیرچ سینٹر	
ورژن نمبر: 01	نام شعبہ: فنانس سکریننگ	
فارم نمبر 1	فارم کا نام: استحقاق سرٹیفکیٹ برائے مریضاں (مستحقین زکوٰۃ)	

## استحقاق سرٹیفکیٹ برائے مریضاں (مستحقین زکوٰۃ)

### ہدایات

- مقامی زکوٰۃ کمیٹیوں کے چیئرمین صاحبان کے لئے ضروری ہے کہ زکوٰۃ کے مستحق مریض کو سرٹیفکیٹ دیتے وقت اس بات کو یقینی بنائیں کہ سائل کا نام مقامی زکوٰۃ کمیٹی کے رجسٹر میں درج ہے۔
  - سرٹیفکیٹ میں مستحقین زکوٰۃ کی فہرست کے مطابق سائل کا نمبر شمار اور سیریل نمبر درج کیا جائے۔
  - اگر سائل 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 کاروائی رجسٹر میں بھی اس کا باقاعدہ اندراج کیا جائے۔
  - مقامی زکوٰۃ و عشر کمیٹی کی طرف سے جاری کردہ استحقاق سرٹیفکیٹ پر دستخط چیئرمین کی تصدیق ضلعی عشر کمیٹی/تحصیل زکوٰۃ و عشر کمیٹی متعلقہ کے چیئرمین 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 چیئرمین مقامی زکوٰۃ کمیٹی سے اس کی ذاتی حیثیت سے وصول کیے جائیں گے۔

### استحقاق سرٹیفکیٹ برائے مریضاں (مستحقین زکوٰۃ)

مقامی زکوٰۃ کمیٹی ..... کو ڈ 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 (سیریل نمبر LZ-19) .....

ہے پندرہ (15) دن کے اندر اندر دفتر ہذا میں جمع کروادیں۔

دستخط چیئرمین مقامی زکوٰۃ کمیٹی:

نام: .....

مہر: .....

دستخط: .....

تاریخ: .....