

पावर ट्रांसमिशन कारपोरेशन ऑफ उत्तराखण्ड लि०
(उत्तराखण्ड सरकार का उपक्रम)

मानव संसाधन एवं प्रशासनिक विभाग

विद्युत भवन, नजदीक-आईएसओबीटी० क्रॉसिंग, सहारनपुर रोड, माजरा, देहरादून-248002
दूरभाष नं० 0135-2645249 फैक्स नं० 0135-2645249 email:- hr@ptcul.org

पत्रांक 427 / मा०सं०एवंप्र०वि० / पिटकुल / पी-5

दिनांक : 02.05.2020

कार्यालय ज्ञाप

पावर ट्रांसमिशन कारपोरेशन ऑफ उत्तराखण्ड लि० में कार्यरत कर्मिकों, सेवानिवृत्त कर्मिकों, उनके आश्रितों तथा पारिवारिक पेशानरों की चिकित्सा हेतु निम्नलिखित चिकित्सालय की मान्यता अवधि एतद्वारा निम्नानुसार बढ़ायी जाती है:-

| क्र० सं० | चिकित्सालय/चिकित्सा संस्थान का नाम | मान्यता समाप्ति की अवधि | विस्तारित मान्यता अवधि | उद्देश्य |
|----------|------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------------|
| 1 | दृष्टि आई सेन्टर, देहरादून | 01.07.2019 से 30.06.2020 तक | 01.07.2020 से 31.12.2020 तक | नेत्र रोगों हेतु |

प्रतिबन्ध यह होगा कि :-

- उक्त चिकित्सालय पावर ट्रांसमिशन कारपोरेशन ऑफ उत्तराखण्ड लि० के साथ पूर्व में हुए अनुबन्ध में निहित दरों एवं शर्तों/प्रतिबन्धों के अधीन चिकित्सा सुविधा प्रदान करेंगे।
- चिकित्सालय द्वारा कारपोरेशन आदेश संख्या 1650 / मा०सं०एवंप्र०वि० / पिटकुल / पी-5 दिनांक 19.11.2019 में उल्लेखित शर्तों की अवहेलना करने पर चिकित्सालय की मान्यता समाप्त की जा सकती है।
- उपरोक्त के साथ ही उक्त चिकित्सालय अपने परिसर में एक साईन बोर्ड लगायेगा, जो यह दर्शायेगा -
" पावर ट्रांसमिशन कारपोरेशन ऑफ उत्तराखण्ड लि० के अधिकारियों/कर्मचारियों/पेंशनर्स/पारिवारिक पेंशनर्स एवं उन पर पूर्णतया आश्रित सदस्यों के लिए अधिकृत चिकित्सालय "
- चिकित्सालय द्वारा पावर ट्रांसमिशन कारपोरेशन ऑफ उत्तराखण्ड लि० का एक अलग रजिस्टर रखा जायेगा, जिसमें निम्न प्रविष्टियां अनिवार्यतः अंकित की जायेंगी -

- रोगी का नाम, आयु एवं लिंग
- यदि रोगी स्वयं कर्मचारी/अधिकारी नहीं है तो उसके पिता/पति का नाम और रोगी से सम्बन्ध।
(केवल पूर्णतया आश्रित होने की स्थिति में)
- चिकित्सालय में भर्ती एवं डिसचार्ज की तिथि
- कर्मचारी का वेतनमान तथा तैनाती स्थान।
- रोग का विवरण।
- कुल प्राप्त की गयी राशि।
- निगम अधिकारी/कर्मचारी के हस्ताक्षर

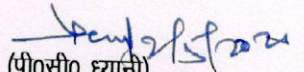
उक्त रजिस्टर की प्रमाणित प्रतिलिपि चिकित्सालय द्वारा प्रत्येक माह के प्रथम सप्ताह में अधोहस्ताक्षरी के कार्यालय को अनिवार्य रूप से प्रेषित की जायेगी।

पत्रांक : 427 / मा०सं०एवंप्र०वि० / पिटकुल / पी-5 तददिनांक :

प्रबन्ध निदेशक

प्रतिलिपि निम्नलिखित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित:-

- निजी सहायक, प्रबन्ध निदेशक, पिटकुल, को प्रबन्ध निदेशक महोदय के संज्ञानार्थ प्रेषित।
- निदेशक (वित्त)/ (परि०एवंअनु०)/ (परियोजना), पिटकुल, देहरादून।
- समस्त मुख्य अभियन्ता/ महाप्रबन्धक/ अधीक्षण अभियन्ता/ उपमहाप्रबन्धक, पिटकुल
- अधिशासी अभियन्ता (सू०प्रौ०), पिटकुल, देहरादून को इस आशय के साथ कि वह आदेश की प्रति पिटकुल की वेबसाइट पर अपलोड करवाना सुनिश्चित करें।
- समस्त अधिशासी अभियन्ता, पिटकुल
- सम्बन्धित चिकित्सालय।
- सम्बन्धित पत्रावली/ कट फाईल।


(पी०सी० ध्यानी)
निदेशक (मा०सं०)