



पावर ट्रांसमिशन कारपोरेशन ऑफ उत्तराखण्ड लि०

(उत्तराखण्ड सरकार का उपक्रम)

मानव संसाधन एवं प्रशासनिक विभाग

विद्युत भवन, नजदीक-आई०एस०बी०टी० क्रॉसिंग, सहारनपुर रोड़, माजरा, देहरादून-248002

दूरभाष नं० 0135-2645249 फ़ैक्स नं० 0135-2645249 email:- hr@ptcul.org

पत्रांक 550 / मा०सं०एवंप्र०वि० / पिटकुल / पी-5

दिनांक : 31.03.2023

कार्यालय ज्ञाप

पावर ट्रांसमिशन कारपोरेशन ऑफ उत्तराखण्ड लि० के सेवारत/सेवानिवृत्त कर्मियों, उनके आश्रितों तथा पारिवारिक पेन्शनरों 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 इन्स्टीट्यूट, 16, सुभाष रोड़, एस्ले हॉल, देहरादून	31.03.2023	01.04.2023 से 31.03.2024 तक	नेत्र रोगों हेतु

प्रतिबन्ध यह होगा कि :-

- उक्त चिकित्सालय पावर ट्रांसमिशन कारपोरेशन ऑफ उत्तराखण्ड लि० के साथ हुए अनुबन्ध के अनुरूप सी०जी०एच०एस० दरों के अधीन पिटकुल के सेवारत/सेवानिवृत्त कर्मियों एवं उनके आश्रितों तथा पारिवारिक पेन्शनरों को चिकित्सा सुविधा प्रदान करेंगे, जिन उपचारों की दरें सी०जी०एच०एस० दर सूची में सम्मिलित नहीं है उन उपचारों में चिकित्सालय दर सूची पर (Consumables एवं implants को छोड़कर) 15 प्रतिशत की छूट अनुमत्य होगी।
- चिकित्सालय द्वारा निर्धारित 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।

प्रबन्ध निदेशक

पत्रांक : 550 / मा०सं०एवंप्र०वि० / पिटकुल / पी०-5 तददिनांक :

- निजी सचिव, प्रबन्ध निदेशक, पिटकुल, को प्रबन्ध निदेशक महोदय के संज्ञानार्थ प्रेषित।
- निजी सचिव/डा०ए०ऑ०-निदेशक (मा०सं०)/(वित्त)/(परियोजना)/(परि०एवंअनु०), पिटकुल, देहरादून को निदेशकगणों के संज्ञानार्थ प्रेषित।
- समस्त मुख्य अभियन्ता/महाप्रबन्धक/अधीक्षण अभियन्ता/उपमहाप्रबन्धक, पिटकुल।
- समस्त अधिशासी अभियन्ता, पिटकुल।
- अधिशासी अभियन्ता (सू०प्रौ०), पिटकुल, देहरादून को इस आशय के साथ कि वह आदेश को पिटकुल की वेबसाइट पर अपलोड करवाना सुनिश्चित करें।
- सम्बन्धित चिकित्सालय।
- सम्बन्धित पत्रावली/कट फाईल।

(अशोक-कुमार जुयाल)
महाप्रबन्धक (मा०सं०)(औ०)