PTCUL

# पावर ट्राँसमिशन कारपोरेशन ऑफ उत्तराखण्ड लि0

(उत्तराखण्ड सरकार का उपक्रम)

## मानव संसाधन एवं प्रशासनिक विभाग

विद्युत भवन, नजदीक–आई0एस0बी0टी0 क्रासिंग, सहारनपुर रोड़, माजरा, देहरादून–248002

दूरभाष नं0 0135–2645249 फैक्स नं0 0135–2645249 email:- hr@ptcul.org

पत्रांक 278 /मा0सं0एवंप्र0वि0/पिटकुल/पी–5 दिनांक : 06.02.2021

## कार्यालय ज्ञाप

पावर ट्राँन्समिशन कारपोरेशन ऑफ उत्तराखण्ड लि0 के सेवारत/सेवानिवृत्त कर्मिकों, उनके आश्रितों तथा पारिवारिक पेन्शनरों की चिकित्सा हेतु निम्नलिखित चिकित्सालय की मान्यता अवधि एतद्द्वारा निम्नानुसार बढ़ायी जाती हैः–

| क्र0 स0 | चिकित्सालय/चिकित्सा संस्थान का नाम | मान्यता समाप्ति की अवधि | विस्तारित मान्यता अवधि | उद्देश्य |
|---|---|---|---|---|
| 1 | श्री महन्त इन्द्रेश हॉस्पिटल, पटेल नगर, देहरादून | 31.12.2020 | 05.02.2021 से 31.01.2022 तक | सभी रोगों हेतु |

**प्रतिबन्ध यह होगा कि : –**

1. उक्त चिकित्सालय पावर ट्राँन्समिशन कारपोरेशन ऑफ उत्तराखण्ड लि0 के साथ हुए अनुबन्ध के अनुरूप सी0जी0एच0एस0 दरों के अधीन पिटकुल के सेवारत/सेवानिवृत्त कार्मिकों एवं उनके आश्रितों तथा पारिवारिक पेन्शनरों को चिकित्सा सुविधा प्रदान करेंगे।
2. यदि कोई Procedure/Investigation CGHS सूची में उपलब्ध नहीं होंगे तो उक्त दरें चिकित्सालय दर के अनुसार प्राप्त की जाएंगी, जिस पर चिकित्सालय द्वारा 10 प्रतिशत की छूट प्रदान की जाएगी। इसके साथ ही जो Procedure/Investigation आउटसोर्स किये जाएंगे उनकी दें चिकित्सालय दर के अनुसार प्राप्त की जाएगी एवं उन पर छूट अनुमन्य नहीं होगी।
3. चिकित्सालय द्वारा निर्धारित शर्तों की अवहेलना करने पर चिकित्सालय की मान्यता समाप्त की जा सकती है।
4. उपरोक्त के साथ ही उक्त चिकित्सालय अपने परिसर में एक साईन बोर्ड लगायेगा, जो यह दर्शायेगा –
   **" पावर ट्रांसमिशन कारपोरेशन ऑफ उत्तराखण्ड लि0 के अधिकारियों/कर्मचारियों/पेंशनर्स/पारिवारिक पेंशनर्स एवं उन पर पूर्णतया आश्रित सदस्यों के लिए अधिकृत चिकित्सालय"**
5. **चिकित्सालय द्वारा पावर ट्रांसमिशन कारपोरेशन ऑफ उत्तराखण्ड लि0 का एक अलग रजिस्टर रखा जायेगा, जिसमें निम्न प्रविष्टियां अनिवार्यतः अंकित की जायेंगी –**
   1. रोगी का नाम, आयु एवं लिंग
   2. यदि रोगी स्वयं कर्मचारी/अधिकारी नहीं है तो उसके पिता/पति का नाम और रोगी से सम्बन्ध। (केवल पूर्णतया आश्रित होने की स्थिति में)
   3. चिकित्सालय में भर्ती एवं डिसचार्ज की तिथि
   4. कर्मचारी का वेतनमान तथा तैनाती स्थान।
   5. रोग का विवरण।
   6. कुल प्राप्त की गयी राशि।
   7. 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 : 278 /मा0सं0एवंप्र0वि0/पिटकुल/पी0–5 तददिनांक :**

प्रतिलिपि निम्नलिखित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषितः–

1. निजी सहायक, प्रबन्ध निदेशक, पिटकुल, को प्रबन्ध निदेशक महोदय के संज्ञानार्थ प्रेषित।
2. निजी सहायक/डाटा एन्ट्री ऑपरेटर–निदेशक–(परिचालन)/(परियोजना)/(मा0सं0)/(वित्त), पिटकुल, देहरादून को निदेशकगणों के संज्ञानार्थ प्रेषित।
3. समस्त मुख्य अभियन्ता/महाप्रबन्धक/अधीक्षण अभियन्ता/उपमहाप्रबन्धक, पिटकुल ..............।
4. अधिशासी अभियन्ता (सू0प्रौ0), पिटकुल, देहरादून को इस आशय के साथ कि वह आदेश की प्रति पिटकुल की वैबसाइट पर अपलोड करवाना सुनिश्चित करें।
5. समस्त अधिशासी अभियन्ता, पिटकुल ................।
6. सम्बन्धित चिकित्सालय।

(अशोक कुमार जुयाल)
उपमहाप्रबन्धक (मा0सं0)