



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 फैक्स नं० 0135-2645249 email:- hr@ptcul.org

पत्रांक 286 / मा०सं०एवंप्र०वि०/पिटकुल/पी-5

दिनांक : 06.02.2021

कार्यालय ज्ञाप

पावर ट्रांसमिशन कारपोरेशन ऑफ उत्तराखण्ड लि० के सेवारत/सेवानिवृत्त कर्मिकों, उनके आश्रितों तथा पारिवारिक पेंशनरों की चिकित्सालय में भर्ती/वाह्य रोगी के रूप में उपचार कराये जाने पर हुए चिकित्सा-व्यय की प्रतिपूर्ति हेतु निम्नलिखित चिकित्सालय को निम्नवत शर्तों/प्रतिबन्धों के अधीन दिनांक 05.02.2021 से 31.01.2022 तक की अवधि हेतु मान्यता प्रदान की जाती है:-

क्र० सं०	चिकित्सालय/चिकित्सा संस्थान का नाम	मान्यता अवधि	उद्देश्य
1	द आई क्लिनिक, 3ए, चकराता रोड़, नजदीक-दून पैरामेडिकल कॉलेज, देहरादून।	05.02.2021 से 31.01.2022 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 कर्मिकों एवं उनके आश्रितों तथा पारिवारिक पेंशनरों को चिकित्सा सुविधा प्रदान करेंगे।
- 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।
- 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 डिस्चार्ज 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 : 286 / मा०सं०एवंप्र०वि०/पिटकुल/पी-5 तददिनांक :

प्रतिलिपि निम्नलिखित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित:-

- निजी सहायक, प्रबन्ध निदेशक, पिटकुल, को प्रबन्ध निदेशक महोदय के संज्ञानार्थ प्रेषित।
- निजी सहायक/डाटा एन्ट्री ऑपरेटर-निदेशक (परिचालन)/ (परियोजना)/ (मा०सं०)/ (वित्त), पिटकुल, देहरादून को निदेशकगणों के संज्ञानार्थ प्रेषित।
- समस्त मुख्य अभियन्ता/महाप्रबन्धक/अधीक्षण अभियन्ता/उपमहाप्रबन्धक, पिटकुल
- अधिशाली अभियन्ता (सू०प्रौ०), पिटकुल, देहरादून को इस आशय के साथ कि वह आदेश की प्रति पिटकुल की वेबसाइट पर अपलोड करवाना सुनिश्चित करें।
- समस्त अधिशाली अभियन्ता, पिटकुल
- सम्बन्धित चिकित्सालय।

(अशोक कुमार जुयाल)
उपमहाप्रबन्धक (मा०सं०)