



पावर ट्रांसमिशन कारपोरेशन ऑफ उत्तराखण्ड लि0

(उत्तराखण्ड सरकार का उपक्रम)

CIN:- U40101UR2004SGC028675

मानव संसाधन एवं प्रशासनिक विभाग

विद्युत भवन, नजदीक-आई0एस0बी0टी0 क्रासिंग, सहारनपुर रोड, माजरा, देहरादून-248002

E-mail:- hr@ptcul.org

दूरभाष नं0 0135-2645249 फैक्स नं0 0135-2645249 वैबसाइट www.ptcul.org

पत्रांक 477/मा0सं0एवंप्र0वि0/पिटकुल/पी-5

दिनांक : 29.03.2025

कार्यालय ज्ञाप

पावर ट्रांसमिशन कारपोरेशन ऑफ उत्तराखण्ड लि0 के सेवारत/सेवानिवृत्त कर्मियों, उनके आश्रितों तथा पारिवारिक पेंशनरों की चिकित्सा हेतु निम्नलिखित चिकित्सालय की मान्यता अवधि एतद्वारा निम्नानुसार बढ़ायी जाती है:-

क्र0 स0	चिकित्सालय/चिकित्सा संस्थान का नाम	मान्यता समाप्ति की अवधि	विस्तारित मान्यता अवधि	उद्देश्य
1	अमृतसर आई क्लीनिक, 122/1, ई0सी0 रोड, देहरादून।	31.03.2025	01.04.2025 से 31.03.2026 तक	नेत्र रोगों हेतु

प्रतिबन्ध यह होगा कि :-

- उक्त चिकित्सालय पावर ट्रांसमिशन कारपोरेशन ऑफ उत्तराखण्ड लि0 के साथ हुए अनुबन्ध के अनुरूप सी0जी0एच0एस0 दरों के अधीन पिटकुल के सेवारत/सेवानिवृत्त कर्मियों 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 लि0 के अधिकारियों/कर्मचारियों/पेंशनर्स/पारिवारिक पेंशनर्स एवं उन पर पूर्णतया आश्रित सदस्यों के लिए अधिकृत चिकित्सालय"
- चिकित्सालय द्वारा पावर ट्रांसमिशन कारपोरेशन ऑफ उत्तराखण्ड लि0 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 : 477/मा0सं0एवंप्र0वि0/पिटकुल/पी0-5 तददिनांक :

- निजी सचिव, प्रबन्ध निदेशक, पिटकुल, को प्रबन्ध निदेशक महोदय के संज्ञानार्थ प्रेषित।
- निजी सचिव/डा0ए0ऑ0-निदेशक (मा0सं0)/(परिचालन)/(परियोजना)/(वित्त) पिटकुल, देहरादून को निदेशकगणों के संज्ञानार्थ प्रेषित।
- समस्त मुख्य अभियन्ता/महाप्रबन्धक/कम्पनी सचिव/अधीक्षण अभियन्ता/उपमहाप्रबन्धक, पिटकुल।
- समस्त अधिशासी अभियन्ता, पिटकुल।
- अधिशासी अभियन्ता (सू0प्रौ0), पिटकुल, देहरादून को इस आशय के साथ कि वह आदेश को पिटकुल की वैबसाइट पर अपलोड करवाना सुनिश्चित करें।
- सम्बन्धित चिकित्सालय को सूचनार्थ एवं इस आशय के साथ कि उक्त चिकित्सा बीजक में सम्बन्धित चिकित्सा प्रक्रियाओं (Procedures) के कोड का भी स्पष्ट उल्लेख करेंगे।

(अशोक कुमार जुयाल)
महाप्रबन्धक (मा0सं0)