PTCUL

# पावर ट्रॉंसमिशन कारपोरेशन ऑफ उत्तराखण्ड लि0

(उत्तराखण्ड सरकार का उपक्रम)

CIN:- U40101UR2004SGC028675

मानव संसाधन एवं प्रशासनिक विभाग

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

E-mail:- hr@ptcul.org

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

पत्रांक 478 / मा0सं0एवंप्र0वि0 / पिटकुल / पी–5 दिनांक : 29.03.2025

## कार्यालय ज्ञाप

पावर ट्रॉंन्समिशन 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 है:–

| क्र0 स0 | चिकित्सालय / चिकित्सा संस्थान का नाम | मान्यता समाप्ति की अवधि | विस्तारित मान्यता अवधि | उद्देश्य |
|---|---|---|---|---|
| 1 | दृष्टि आई इन्स्टीट्यूट, 16, सुभाष रोड, एस्ले हॉल, देहरादून | 31.03.2025 | 01.04.2025 से 31.03.2026 तक | नेत्र रोगों हेतु |

**प्रतिबन्ध यह होगा कि : –**

1. उक्त चिकित्सालय पावर ट्रॉंन्समिशन 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, जिन उपचारों की दरें सी0जी0एच0एस0 दर सूची में सम्मिलित नहीं है उन उपचारों में चिकित्सालय दर सूची पर (Consumables एवं implants को छोड़कर) 15 प्रतिशत की छूट अनुमन्य होगी।
2. चिकित्सालय द्वारा निर्धारित शर्तों की अवहेलना करने पर चिकित्सालय की मान्यता समाप्त की जा सकती है।
3. 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"**
4. **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 : 478 / मा0सं0एवंप्र0वि0 / पिटकुल / पी0–5 तददिनांक :

1. निजी सचिव, प्रबन्ध निदेशक, पिटकुल, को प्रबन्ध निदेशक महोदय के संज्ञानार्थ प्रेषित।
2. निजी सचिव / डा0ए0ऑ0–निदेशक (मा0सं0) / (परिचालन) / (परियोजना) / (वित्त) पिटकुल, देहरादून को निदेशकगणों के संज्ञानार्थ प्रेषित।
3. समस्त मुख्य अभियन्ता / महाप्रबन्धक / कम्पनी सचिव / अधीक्षण अभियन्ता / उपमहाप्रबन्धक, पिटकुल ..............।
4. समस्त अधिशासी अभियन्ता, पिटकुल ................।
5. अधिशासी अभियन्ता (सू0प्रौ0), पिटकुल, देहरादून को इस आशय के साथ कि वह आदेश को पिटकुल की वैबसाइट पर अपलोड करवाना सुनिश्चित करें।
6. 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)