



फा.सं.11/3/6/स्था./2012-पार्ट-1 - 6250

दिनांक: 19.11.2018

:: सूचना ::

शासकीय अफीम एवं क्षारोद कारखाना, नीमच (म.प्र.) में प्रतिष्ठान के सभी अधिकारियों/कर्मचारियों एवं उनके परिवार के सदस्यों (लगभग 1500 व्यक्तियों) के बेहतर इलाज के लिये संविदा के आधार पर दिनांक 01 जनवरी, 2019 से एक (01) वर्ष हेतु या स्वास्थ्य मंत्रालय, भारत सरकार द्वारा स्थायी चिकित्सक की नियुक्ति होने तक जो पहले हो के लिए, कम से कम एम.बी.बी.एस./समकक्ष अस्थायी चिकित्सक की आवश्यकता है।

आवेदन निर्धारित प्रपत्र में (प्रपत्र का नमूना संस्थान की वेबसाइट [www.goaf.gov.in](http://www.goaf.gov.in) अथवा CPP Portal से डाउनलोड किया जा सकता है) चिकित्सको से बंद लिफाफे में दिनांक 10/12/2018 अपरान्ह 15:00 बजे तक स्वीकार किये जायेंगे, इसके पश्चात् प्राप्त किसी भी आवेदन पर विचार नहीं किया जाएगा। कोटेशन दिनांक 10/12/2018 को अपरान्ह 16:00 बजे संस्थान में ही खोले जायेंगे, निविदाकर्ता भी इस दौरान अपनी उपस्थिति दर्ज करा सकते हैं।

आवश्यक शर्तें :-

01. उक्त कार्य पूर्णतः संविदा आधार पर एक (01) वर्ष की अवधि या इस संस्थान में स्वास्थ्य मंत्रालय, भारत सरकार द्वारा स्थायी चिकित्सक की नियुक्ति होने तक के लिए है, इसे स्थायी नियुक्ति न समझा जाये।
02. चिकित्सक को इस संस्थान में संविदा के आधार पर कार्यालय समय (प्रातः 09:30 से सांय 18:00 बजे तक) में उपस्थित रहना होगा।
03. चिकित्सक को संविदा अवधि स्वतः बढ़ाने की मांग करने का कोई अधिकार नहीं होगा।
04. न्यूनतम शैक्षणिक योग्यता मेडिकल काउन्सिल ऑफ इण्डिया से मान्यता प्राप्त विश्वविद्यालय से एम.बी.बी.एस./समकक्ष डिग्री होगी।
05. चिकित्सक का मेडिकल काउन्सिल ऑफ इण्डिया में पंजीयन आवश्यक होगा।
06. चिकित्सक को डिग्री सर्टिफिकेट, पंजीयन सर्टिफिकेट एवं कार्य अनुभव यदि कोई है तो सर्टिफिकेट इत्यादि निविदा/आवेदन के साथ लगाना अनिवार्य होगा।
07. कार्य समय सप्ताह में सोमवार से शनिवार होगा। माह में अवकाश पर रहने की स्थिति में उसी अनुपात में दिये गये दर से धनराशि काटकर भुगतान किया जायेगा।
08. चिकित्सक को ट्रान्सपोर्टेशन एलाउंस अलग से नहीं दिया जायेगा।

09. चिकित्सक को प्रतिमाह वेतनमान बायोमेट्रिक उपस्थिति रिपोर्ट के अनुसार देय होगा।
10. चिकित्सक को आवेदन के साथ भारत सरकार द्वारा मान्य पहचान पत्र की स्वहस्ताक्षरित प्रति साथ में संलग्न करना आवश्यक है।
11. चिकित्सक को कम से कम 10 वर्ष का कार्य अनुभव होना आवश्यक होगा।
12. चिकित्सक को सम्बन्धित माह के अगले माह की पाँच तारीख तक बिल/बीजक (तीन प्रतियो में) रसीदी टिकट चरपा किया हुआ, कार्यालय में जमा करना होगा।
13. संविदा चिकित्सक को आकस्मिक परिस्थितियों में किसी भी समय बुलाने पर (अवकाश या रात्रिकाल में भी) आना होगा।
14. चिकित्सक द्वारा आपातकालीन सेवाएँ न देने पर अनुबंध को निरस्त करने का अधिकार प्रबंधन के पास सुरक्षित होगा।
15. अनुबंध कभी भी किसी भी समय, बिना कोई पूर्व सूचना दिये समाप्त किया जा सकता है। इस संबंध में महाप्रबंधक, शासकीय अफीम एवं क्षारोद कारखाना, नीमच का निर्णय अन्तिम एवं मान्य होगा।
16. किसी भी विवाद की स्थिति में न्यायिक क्षेत्र, नीमच जिला-नीमच(म.प्र.) होगा।



— ६२८१ —  
(विजयसिंह मीना)  
प्रबंधक

प्रतिलिपि सूचनार्थ :-

1. सूचना पट्ट, शा.अ. एवं क्षारोद कारखाना, नीमच (म.प्र.) पर चरपा करने हेतु।
2. सूचना पट्ट, कार्यालय कलेक्टर, नीमच (म.प्र.)।
3. प्रभारी पोर्टल, शा.अ. एवं क्षारोद कारखाना, नीमच (म.प्र.)।

11/11/18  
(विजयसिंह मीना)  
प्रबंधक

**:: प्रपत्र ::**

1. चिकित्सक का नाम .....
2. (पुरुष/महिला) .....
3. पिता/पति का नाम .....
4. जन्मतिथि (अंको मे) .....
- (शब्दो मे) .....
5. स्थायी पता .....
- .....
- .....
6. पत्राचार का पता .....
- .....
- .....
- .....
- .....
7. टेलीफोन/मोबाइल नं० .....
- शैक्षणिक योग्यता .....

क्रम सं.	परीक्षा का नाम	उपाधि/डिग्री	विश्वविद्यालय का नाम	वर्ष	प्राप्तांक प्रतिशत

8. मेडिकल काउंसिल ऑफ इण्डिया का पंजीयन क्रमांक .....
9. अनुसंधान कागजातो का विवरण, यदि कोई हो .....
10. अनुभव (वर्षों में) .....

**घोषणा**

मैं ..... पुत्र/पुत्री/पत्नि श्री ..... एतद् द्वारा यह घोषणा करता हूँ/करती हूँ कि उपरोक्त जानकारी मेरे संज्ञान से सही है। यदि मेरे संबंध मे कोई जानकारी गलत पायी जाती है तो मेरा आवेदन निरस्त किया जा सकता है अथवा मेरी सेवाये समाप्त की जा सकती है।

दिनांक : .....

चिकित्सक के हस्ताक्षर .....

स्थान : .....

चिकित्सक का पूरा नाम .....

**:: कोटेशन/आवेदन प्रोफार्मा ::**

सेवामें,

श्रीमान महाप्रबंधक  
शासकीय अफीम एवं क्षारोद कारखाना,  
नीमच (म.प्र.)

महोदय,

आपके निविदा सूचना फा.सं. 11/3/6/स्था./2012-पार्ट-1 दिनांक 19/11/2018 के संबंध में मेरे द्वारा निम्नलिखित दर प्रेषित की जा रही है :-

क्रम सं०	कार्य का विवरण	दर प्रति माह (रु. में)
1.	फैक्ट्री के कर्मचारियों एवं उनके परिवार के सदस्यों के ईलाज हेतु दर	रु. .... कार्यालय समय (प्रातः 09:30 से 18:00 बजे तक)
शब्दों में रु. ....		

1. भारत सरकार द्वारा मान्य पहचान पत्र की स्वहस्ताक्षरित प्रति संलग्न है।
2. मेडिकल काउंसिल ऑफ इण्डिया का पंजीयन प्रमाण-पत्र संलग्न है।
3. अनुभव प्रमाण पत्र संलग्न है।
4. विशेष परिस्थितियों में 24 घण्टे के अन्दर मैं कभी भी सेवा दे सकता हूँ।
5. मैंने भली-भाँति समझ लिया है कि यह कार्य पूर्णतः संविदा के आधार पर है। यह नियमित नियुक्ति नहीं है तथा इस आधार पर मैं आश्वस्त करता हूँ कि कभी भी नियमित नियुक्ति हेतु पात्र नहीं रहूँगा।
6. संविदा नियुक्ति कभी भी किसी भी समय बिना कोई पूर्व सूचना दिये समाप्त की जा सकती है। इस संबंध में महाप्रबंधक, शासकीय अफीम एवं क्षारोद कारखाना, नीमच का निर्णय अन्तिम एवं मान्य होगा।
7. मैंने निविदा के नियमों एवं शर्तों को ठीक प्रकार से पढ़ एवं समझ लिया है, मुझे निविदा की सभी शर्तें मंजूर हैं, तदोपरान्त मैं अपना कोटेशन/निविदा प्रेषित कर रहा हूँ।
8. किसी भी विवाद की स्थिति में महाप्रबंधक, शासकीय अफीम एवं क्षारोद कारखाना, नीमच (म. प्र.) का निर्णय अन्तिम एवं मान्य होगा।

दिनांक : .....

चिकित्सक के हस्ताक्षर .....

स्थान : .....

चिकित्सक का पूरा नाम .....