

शासकीय होम्योपैथिक चिकित्सा महाविद्यालय एवं चिकित्सालय

आयुष परिसर, कालियासोत डेम के किनारे एम.ए.सी.टी. हिल्स भोपाल-03

अनुबंध पत्र

मैंअपना आवेदन दिनांक..... के द्वारा की सेवाएँ हेतु प्रधानाचार्य शासकीय होम्योपैथिक चिकित्सा महाविद्यालय एवं चिकित्सालय भोपाल कार्यालय में प्रस्तुत किया है। मैं स्वेच्छा सेमानदेय पर दिनांक से लेकर दिनांक तक अस्थायी रूप से तीन माह हेतु एडज्यूवेंट होम्योपैथिक प्रोटोकाल के लिए कार्य करने हेतु सहमत हूँ एवं अपनी सेवाएँ इस हेतु स्वेच्छा से प्रदान कर रहा/रही हूँ। मुझे इस हेतु दिया जाने वाला मासिक मानदेय मुझे स्वीकार है एवं दी गई समस्त सेवा शर्तें मान्य हैं एवं मेरे द्वारा नियोजन के संबंध में माननीय न्यायालय में किसी भी प्रकार का दावा/आपत्ति प्रस्तुत नहीं किया जायेगा।

सेवा शर्तें:-

1. यह सेवाएँ पूर्ण रूप से अस्थायी होगी एवं आकस्मिक सेवाओं के रूप में ली जा रही है, अतः इन सेवाओं को नियमित अथवा संविदा सेवा के लिये किसी भी दशा में मान्य नहीं किया जावेगा।
2. यह सेवाएँ एक निश्चित समयावधि 03 माह की लिए ली जा रही है, जिसे आवश्यकता होने पर बढ़ाया/घटाया जा सकेगा। अतः निर्धारित अवधि पश्चात् आदेश स्वतः समाप्त माना जावेगा।
3. उक्त मानव संसाधन की सेवाएँ चिन्हित अस्पतालों व शासकीय होम्योपैथिक चिकित्सा महाविद्यालय में ही ली जा सकेगी।
4. उक्त पदों के नियंत्रणकर्ता अधिकारी प्रधानाचार्य शासकीय होम्योपैथिक चिकित्सा महाविद्यालय एवं चिकित्सालय भोपाल होंगे।
5. समस्त दस्तावेजों की स्वप्रमाणित छायाप्रति एवं मेडिकल फिटनेस सर्टिफिकेट उपलब्ध कराकर सेवाप्रदाता को सौंपूँगा।
6. ये सेवाये सी.आर.एच.नई दिल्ली के दिशा निर्देशो /नियमो अधिनस्थ होगी

हस्ताक्षर

आवेदक का नाम

मोबाईल नम्बर एवं पता