

चिकित्सा विभाग विज्ञापन क्रमांक 03/2017

मुख्य चिकित्सा अधीक्षक, पश्चिम मध्य रेल जबलपुर मंडल के चिकित्सा विभाग के अन्तर्गत स्वास्थ्य केन्द्र सतना, सागर, दमोह एवं नरसिंहपुर के रेलवे कर्मचारियों का पैथोलॉजी/एक्सरे/सोनोग्राफी जांच प्रायवेट सेंटर से कराये जाने का आफर इस कार्यालय के पत्र दिनांक 10.01.2017 के माध्यम से समाचार पत्र में प्रकाशित कराया गया था। लेकिन सीजीएचएस रेट से काफी अधिक दर होने के कारण पुनः आफर मगाये जा रहे हैं।

जिसके लिए पुनः यह विज्ञापन निकाला गया है। इसके जांच सूची का आवेदन तथा नियम एवं शर्तों की प्रति इस कार्यालय या संबंधित स्वास्थ्य केन्द्र से कार्य दिवस में कार्यालयीन समय में उल्लेखित तारीख तक प्राप्त एवं जमा किया जा सकता है। तीनों जांचे हेतु अलग-अलग लिफाफा में आवेदन दिया जाय, एवं लिफाफे पर संबंधित जांच का उल्लेख किया जाये। पूर्णरूप से भरे गये आफर लिफाफे में भरकर मुख्य चिकित्सा अधीक्षक पमरे जबलपुर को निर्धारित तिथि को प्रेषित किये जाये।

क्रमांक 1

स्वास्थ्य केन्द्र सतना, सागर, दमोह एवं नरसिंहपुर के पैथोलॉजी/एक्सरे/सोनोग्राफी हेतु जांच सूची तथा नियम एवं शर्तों का आवेदन दिनांक 16.03.2017 तक 13.00 बजे तक प्राप्त करना एवं उसी दिन दिनांक 16.03.2017 तक 15:00 बजे तक बंद लिफाफा में जमा।

मुख्य चिकित्सा अधीक्षक  
प.म.रे. जबलपुर

## नियम एवं शर्तें :-

**विषय :-** स्वास्थ्य केन्द्र ————— के रोगियों को चिकित्सा जांच प्राइवेट सेंटर से करवाने बाबत ।

1. स्वास्थ्य यूनिट ————— से रिफर किये गये रोगियों का निर्धारित जांच पैथोलॉजी सेंटर पर जिसमें पैथोलॉजिस्ट विशेषज्ञ अटैचड हो जिसके सुपरविजियन में ही जांचे हो और वह इन्हें हस्ताक्षरित करें तथा रिपोर्ट की गुणवत्ता संतोषजनक एवं उच्च होनी चाहिए। विशेषज्ञ का कोई अतिरिक्त शुल्क नहीं दिया जावेगा ।
2. सभी Offer में से सूक्ष्म निरीक्षण कर जो पार्टी CGHS की दरों पर रेलवे की शर्तों के अनुसार कार्य करेगी उसे स्वीकार किया जाएगा
3. जांचो का भुगतान सक्षम अधिकारी द्वारा स्वीकृत दर से किया जावेगा ।
4. रोगियों की जांचों की रिपोर्ट यथासंभव उसी दिन दी जाये ।
5. रेफर किये गये मरीजों द्वारा शिकायत आने या किसी शर्तों के उल्लंघन या असंतोषप्रद कार्य करने पर करार को बिना कोई कारण बतायें निरस्त कर दिया जायेगा ।
6. स्वास्थ्य केन्द्र —————से रोगी को 02 प्रतियों में रेफर पत्र दिया जायेगा एक आपके द्वारा अपने पास रखा जायेगा तथा रेफर पत्र की एक प्रति माह समाप्ति पर बिल के साथ लगाकर अगले माह के प्रथम सप्ताह में स्वास्थ्य केन्द्र कार्यालय में प्रस्तुत करना होगा। बिल दो प्रति में प्रस्तुत करना होगा ।
- 7 आपके द्वारा दी गयी जांच रिपोर्ट के आधार पर कोई वाद – विवाद एवं कानूनी अड़चन उत्पन्न होती है तो उसकी जवाबदारी आपकी होगी ।
- 8 जांच कार्य में किसी भी प्रकार का अवरोध होता है तो जांच केन्द्र को इन्हीं स्वीकृत दर पर अन्य जांच केन्द्र से रोगी को जांच करवाकर देनी होगी जिसका कोई अतिरिक्त भुगतान नहीं किया जायेगा ।
- 9 टेका अवधि स्वीकृत करने के 36.माह( तीन वर्ष के लिए) तक वैध होगी ।
- 10 दर संलग्न शेड्यूल में अंकों एवं शब्दों में आवश्यक रूप से लिखी जानी है । अंकों एवं शब्दों में भिन्नता होने पर निम्नतम दर स्वीकार की जायेगी ।
- 11 जांच रिपोर्ट जांच सेंटर के प्रिंटेड पेज पर देनी होगी । तथा विशेष चिकित्सक द्वारा हस्ताक्षरित हो ।
- 12 सक्षम अधिकारी को टेका बिना कारण बताये समय से पूर्व समाप्त करने/अवधि कम करने/अवधि बढ़ाने का पूर्ण अधिकार होगा ।
- 13 आपके केन्द्र को संबंधित जांचों के लिए सक्षम अधिकारी केन्द्र द्वारा मान्यता प्रदान करने के प्रमाण पत्र की प्रति आवश्यक रूप से जमा करें ।
- 14 आपके केन्द्र की सही पता व स्वास्थ्य केन्द्र से दूरी भी अंकित करे ।
- 15 Offer देने का निर्णय मु.चि.अधी., जबलपुर का होगा व अंतिम होगा ।
- 16 Agreement 30 दिनों में राज्य सरकार द्वारा लागू रुपये —————के शपथपत्र पर करना होगा ।

**कोटेशनदाता के हस्ताक्षर**

फर्म का सील एवं पता

**Called for out sourcing of the following Investigations for Health Unit-----**

Sr. No.	Investigation.	Offer Rate per Test a period of three years.	
		-In figures	In words
A	Routine urine examination		
B	stool Routine examination including microscopy		
C	Blood Test for		
1	HB		
2	TLC		
3	DLC		
4	ESR		
5	CBC		
6	Malaria Parasite		
7	F Blood Sugar PP(R)		
8	Urea		
9	S. Creatinine		
10	KFT		
11	Totalproteine		
12	Albumin		
13	Globulin		
14	AG Ratio		
15	S. Bilirubin		
16	Alkaline Phosphatase		
17	SGOT		
18	SGPT		
19	LFT		
20	Lipid Profile		
21	Widal Test		
22	Antigen. Australia		
23	Dengue- Card Test		
24	Checkengunia- Card Test		

Signature with seal of Incharge  
of Diagnostic Centre  
Name & Address  
Date  
Place

**Called for out sourcing of the following Investigations for Health Unit-----**

<b>Sr.No.</b>	<b>Description</b>	<b>Offer Rate per USG</b>	
		<b>In figures</b>	<b>In words</b>
<b>1</b>	<b>USG for obstetrics- Anomalies scan</b>		
<b>2</b>	<b>Pelvic USG (prostate, gynae, infertility etc.)</b>		
<b>3</b>	<b>Whole Abdomen USG</b>		

**Signature with seal of Incharge**

**of Diagnostic Centre**

**Name & Address**

**Date**

**Place**

**Called for out sourcing of the following Investigations for Health Unit-----**

Sr. No.	Description	Offer Rate per X-Ray	
		In figures	In words
1	X-Ray Chest		
2	x-ray limbs		
3	X-Ray Head		
4	X-Ray Abdomen (Plain)		
5	X-Ray Spine		

**Signature with seal of Incharge**

**of Diagnostic Centre**

**Name & Address**

**Date**

**Place**