संचालनालय कर्मचारी राज्य बीमा सेवायें, छ.ग.
इन्द्रावती भवन, ब्लॉक नं. सी, द्वितीय तल, नवा रायपुर, अटल नगर

क्रमांक/CGESIS/2019/14 **नवा रायपुर, अटल नगर, दिनांक 22/08/2019**

छत्तीसगढ़ शासन श्रम विभाग के ज्ञापन क्रमांक एफ 1–38/2013/16 दिनांक 26.07.2019 द्वारा तथा छ.ग. कर्मचारी राज्य बीमा सोसायटी की गवर्निंग बॉडी की द्वितीय बैठक में किये गए अनुमोदन के संदर्भ में कर्मचारी राज्य बीमा सेवायें के औषधालयों के लिये बीमा चिकित्सा पदाधिकारी (द्वितीय श्रेणी) के पदों पर संविदा नियुक्ति हेतु आवेदन आमंत्रित किये जाते हैं। रिक्त पदों का विवरण निम्नानुसार है–

क्रं.	पद का नाम	निश्चित एवं समेकित वेतन प्रतिमाह	पदों की संख्या	शैक्षणिक योग्यता
1	बीमा चिकित्सा पदाधिकारी (द्वितीय श्रेणी)	सामान्य क्षेत्र में–रू. 45,000/– अनुसूचित क्षेत्र में रू. 55,000/– (राज्य शासन द्वारा समय–समय पर निर्धारण अनुसार)	20	एम.बी.बी.एस., भारतीय / छ.ग. चिकित्सा परिषद में पंजीयन आवश्यक

आवेदन पंजीकृत डाक से अथवा व्यक्तिगत रूप से संचालनालय कर्मचारी राज्य बीमा सेवायें, इन्द्रावती भवन, ब्लॉक–सी, द्वितीय तल, नवा रायपुर, अटल नगर में प्रेषित किये जा सकते हैं। लोक विज्ञप्ति के संदर्भ में प्राप्त आवेदनों का परीक्षण कर काउसिलिंग के द्वारा नियुक्तियां की जाएंगी। यदि पद रिक्त होंगे तो आवश्यकतानुसार एक वर्ष की अवधि तक आवेदन स्वीकार किए जाएंगे। आवेदन का प्रारूप, आवेदन कैसे प्रस्तुत करें एवं विज्ञापन से संबंधित समस्त जानकारी श्रम विभाग की वेबसाइट www.cglabour.nic.in तथा राज्य शासन की वेबसाइट www.cgstate.gov.in पर देखा जा सकता है।

संचालक
कर्मचारी राज्य बीमा सेवायें
नवा रायपुर, अटल नगर

छ.ग. कर्मचारी राज्य बीमा सोसायटी
इन्द्रावती भवन, ब्लॉक नं. सी, द्वितीय तल, नवा रायपुर, अटल नगर

क्रमांक/CGESIS/2019/14 **नवा रायपुर, अटल नगर दिनांक /08/2019**

छत्तीसगढ़ शासन श्रम विभाग के ज्ञापन क्रमांक एफ 1–38/2013/16 दिनांक 26.07.2019 द्वारा दिए गए निर्देश तथा छ.ग. कर्मचारी राज्य बीमा सोसायटी की गवर्निंग बॉडी की द्वितीय बैठक में किये गए अनुमोदन के संदर्भ में कर्मचारी राज्य बीमा सेवायें के औषधालयों के लिये बीमा चिकित्सा पदाधिकारी के पदों पर संविदा नियुक्ति हेतु आवेदन आमंत्रित किये जाते हैं। आवेदन पत्र के प्रारूप में औषधालयों के नाम अंकित किये गए हैं।

क्रं.	पद का नाम	निश्चित एवं समेकित वेतन प्रतिमाह	पदों की संख्या (श्रेणीवार)	शैक्षणिक योग्यता
1	बीमा चिकित्सा पदाधिकारी (द्वितीय श्रेणी)	सामान्य क्षेत्र में रू. 45,000/– अनुसूचित क्षेत्र में रू. 55,000/– (राज्य शासन द्वारा समय–समय पर निर्धारण अनुसार)	20	एम.बी.बी.एस., भारतीय/छ.ग. चिकित्सा परिषद में पंजीयन आवश्यक

1. ये नियुक्तियॉ छ.ग. कर्मचारी राज्य बीमा सोसायटी के नियम 15.4 के अंतर्गत संविदा आधार पर की जाएंगी।
2. छत्तीसगढ़ राज्य के निवासियों को नियुक्ति के लिये प्राथमिकता दी जावेगी। योग्य उम्मीदवार न होने पर अन्य राज्यों के उम्मीदवारों के आवेदनों पर विचार किया जायेगा।
3. आरक्षित वर्ग के आवेदकों को सक्षम अधिकारी द्वारा प्रदत्त जाति प्रमाण–पत्र की छायाप्रति संलग्न करनी होगी।
4. आरक्षण की गणना बीमा चिकित्सा पदाधिकारी के रिक्त पदो ंके अनुसार की जाएगी।
5. आवेदक की अधिकतम आयु 60 वर्ष होगी।
6. नियुक्त किये गए चिकित्सकों को प्रथमतः एक वर्ष के लिए संविदा नियुक्ति दी जाएगी। आवश्यकतानुसार नियुक्ति की अवधि बढ़ाई जाएगी। इस अवधि में उन्हें राज्य शासन द्वारा निर्धारित निश्चित एवं समेकित वेतन दिया जाएगा।
7. इस नियुक्ति का आगामी नियमितीकरण, पदोन्नति आदि के लिए दावा नहीं किया जा सकेगा।
8. विज्ञप्ति की दिनांक से कुल पदों के भरने तक अथवा अधिकतम एक वर्ष की अवधि तक, जो पहले हो, आवेदन स्वीकार किये जायेंगे। संचालनालय में प्राप्त आवेदनों का परीक्षण कर काउंसिलिंग के द्वारा आवश्यकतानुसार नियुक्तियॉ की जायेंगी ।

आवेदन पत्र कैसे प्रस्तुत करें :–

(अ) निर्धारित प्रारूप में हिन्दी अथवा अंग्रेजी में हस्तलिपि अथवा टाईप कर प्रस्तुत करें।

(ब) आवश्यक प्रमाण पत्रों (शैक्षणिक योग्यता, जाति, छ.ग. मेडिकल काउंसिल में पंजीयन का प्रमाण पत्र, अनुभव प्रमाण पत्र आदि) की सत्यापित छायाप्रति संलग्न करें।

(स) आवेदन पंजीकृत डाक से अथवा व्यक्तिगत रूप से संचालनालय कर्मचारी राज्य बीमा सेवायें, इन्द्रावती भवन, ब्लॉक–सी, द्वितीय तल, नया रायपुर में प्रेषित किये जा सकते हैं।

सी.ई.ओ. सह सदस्य सचिव
छ.ग. कर्मचारी राज्य बीमा
सोसायटी, रायपुर

बीमा चिकित्सा पदाधिकारी के पद पर संविदा नियुक्ति के लिये
आवेदन पत्र का प्रारूप

आवेदक का पासपोर्ट साइज का छायाचित्र

प्रति,

सी.ई.ओ. सह सदस्य सचिव
छ.ग. कर्मचारी राज्य बीमा सोसायटी,
रायपुर

1. औषधालय का नाम –

एक आवेदन में केवल एक औषधालय का नाम लिखे ।

(नंदिनी रोड, तुमडीबोड,टेडेसरा,बिल्हा, चांपा, अकलतरा, रायगढ़ क्षेत्र, कोरबा, बालको, दर्रीजमनीपाली, पताड़ी, दीपका, हिरमी, बलौदाबाजार, धमतरी, नवापारा राजिम, अंबिकापुर, कबीरधाम)

2. आवेदक का पूरा नाम – .....
3. पिता/पति का नाम – .....
4. जन्मतिथि – .....
5. पत्र व्यवहार का पता – .....
6. जाति/वर्ग – .....
7. दूरभाष/मोबाइल क्रमांक – .....

   ई–मेल – .....
8. शैक्षणिक योग्यता – .....

क्रं.	परीक्षा का नाम	बोर्ड/वि.वि का नाम	उत्तीर्ण करने का वर्ष	पूर्णांक	प्राप्तांक	प्रतिशत

हायर सेकेण्डरी से लेकर उसके पश्चात् उत्तीर्ण प्रत्येक परीक्षा की सत्यापित प्रतियॉ संलग्न करें।

9. भारतीय/छ.ग. मेडिकल कौंसिल में स्थायी पंजीयन क्रमांक/दिनांक – .....
10. किसी चिकित्सा संस्था में चिकित्सक के रूप में किये गये कार्य – .....
    का विवरण, अनुभव प्रमाण पत्र संलग्न करें .....

हस्ताक्षर – .....
आवेदक का नाम – .....

घोषणा पत्र

मैं घोषणा करता/करती हूँ कि उपरोक्त विवरण पूर्णतः सत्य एवं पूर्ण है। किसी भी स्थिति में विवरण असत्य पाये जाने पर मेरी उम्मीद्वारी निरस्त हो जायेगी तथा मेरे सभी दावे समाप्त हो जायेंगे ।

हस्ताक्षर – .....

दिनांक :– आवेदक का नाम – .....

स्थान :–