



भारत हेवी इलेक्ट्रिकल्स लिमिटेड

Bharat Heavy Electricals Limited

पावर सेक्टर दक्षिण क्षेत्र / Power Sector – Southern Region

चेन्नै / Chennai - 600 100

पीएसएसआर:एचआर/PSSR:HR:301.04

दिनांक /DT.04.09.2024

विज्ञापन - पीटीएमसी की आवश्यकता ADVERTISEMENT – PTMC ENGAGEMENT

बीएचईएल, पावर सेक्टर, दक्षिणी क्षेत्र, चेन्नई को अनुभवी चिकित्सकों की अंशकालिक चिकित्सा सलाहकार (पीटीएमसी)पद के लिए निम्नानुसार आवश्यकता है।

| पद | रिक्त पदों की संख्या | योग्यता | पारिश्रमिक |
|---------------------------|----------------------|--|---------------------|
| अंशकालिक चिकित्सा सलाहकार | 1* | एमडी/एमएस/डीएनबी | रु.660/- प्रति घंटा |
| अंशकालिक चिकित्सा सलाहकार | 1* | पीजी डिप्लोमा | रु.570/- प्रति घंटा |
| अंशकालिक चिकित्सा सलाहकार | 1* | एमबीबीएस के साथ किसी भी पंजीकृत अस्पताल में योग्यता के बाद न्यूनतम 1 वर्ष का कार्य अनुभव | रु.440/- प्रति घंटा |

*रिक्तियों की संख्या अस्थायी है और आकलन पर संशोधन के अधीन है।

महत्वपूर्ण निर्देश:

उपरोक्त पद के लिए आवेदन करने वाले सभी उम्मीदवारों के पास मान्यता प्राप्त एमडी/एमएस/एमबीबीएस डिग्री होनी चाहिए, जो मेडिकल काउंसिल ऑफ इंडिया या स्टेट मेडिकल काउंसिल ऑफ इंडिया द्वारा पंजीकृत हो।

साक्षात्कार के लिए बुलाए गए उम्मीदवारों को कोई टीए/डीए का भुगतान नहीं किया जाएगा।

अधिकतम आयु सीमा: 65 वर्ष (01.09.2024 तक) एवं सक्षम प्राधिकारी के अनुमोदन पर 70 वर्ष तक की छूट दी जा सकती है।

चयन प्रक्रिया:

शॉर्टलिस्ट किए गए उम्मीदवारों के चयन साक्षात्कार के माध्यम से होगी।

मेडिकल फिटनेस:

चयनित उम्मीदवार को नियुक्ति के समय पंजीकृत चिकित्सा अधिकारी से मेडिकल फिटनेस प्रमाण पत्र प्रस्तुत करना आवश्यक है।

कार्य-समय

3 से 4 घंटे-दोपहर 12.00 बजे से 05.00 बजे के बीच पारस्परिक सुविधानुसार।

आवेदन प्रक्रिया

इच्छुक उम्मीदवार बीएचईएल वेबसाइट (<http://careers.bhel.in>) से आवेदन पत्र डाउनलोड करें एवं विधिवत भरे हुए आवेदन पत्र को निम्नलिखित प्रमाणपत्रों की स्व-सत्यापित फोटोकॉपी के साथ निचे दिये गये पते पर 16.09.2024 तक या पहले पहुंच सकें।दस्तावेजों वाले लिफाफे पर " पीटीएमसी पद के लिए आवेदन" अंकित होना चाहिए।"

आवेदन भेजने का पता:

महाप्रबंधक (मानव संसाधन)

बीएचईएल, पावर सेक्टर दक्षिणी क्षेत्र,

बीएचईएल इंटीग्रेटेड कार्यालय परिसर

टीएनईबी रोड, पल्लीकरनई, चेन्नई – 600100

1. हाई स्कूल मार्कशीट/प्रमाणपत्र
2. इंटरमीडिएट मार्कशीट/प्रमाणपत्र
3. सभी मार्कशीट के साथ एमबीबीएस डिग्री प्रमाणपत्र।
4. सभी मार्कशीट के साथ एमडी/एमएस/डीएनबी पीजी डिग्री/पीजी डिप्लोमा प्रमाणपत्र।
5. मेडिकल काउंसिल ऑफ इंडिया या राज्य मेडिकल काउंसिल द्वारा जारी पंजीकरण प्रमाण पत्र
6. अनुभव प्रमाण पत्र (यदि लागू हो)

सरकारी/अर्ध सरकारी/पीएसयू/स्वायत्त निकाय में नियोजित उम्मीदवारों को उचित माध्यम से आवेदन करना होगा। स्पष्टीकरण के लिए, उम्मीदवार कृपया ईमेल-trb@bhel.in या फोन नंबर:(044)-2458 9516 पर संपर्क कर सकते हैं।

परिवहन शुल्क

- स्थानीय यात्रा के संदर्भ में: एक तरफ 30 किमी तक परिवहन शुल्क वास्तविक आधार पर होगा, जिसकी ऊपरी सीमा रु. 4500/- प्रति माह एवं 30 किलोमीटर से अधिक के लिए एकतरफ़ा पर 6000/- प्रति माह की ऊपरी सीमा होगा।
- बिल जमा करने पर पारिश्रमिक और परिवहन के लिए भुगतान राशी प्रदान किया जाएगा।

अवधि

- यह पद पूरी तरह से अस्थायी हैं जो एक वर्ष की कार्यकाल के लिए है। संतोषजनक प्रदर्शन एवं प्रबंधन के निर्णय पर, बाद में कार्यकाल सीमा को अधिकतम तीन वर्षों तक बढ़ाया जा सकता है।
- अंशकालिक कार्यकाल को बंद करने के लिए, दोनों तरफ से सूचना अवधि एक (01) महीने की रहेगी।

देर से/अपूर्ण आवेदनों पर विचार नहीं किया जाएगा और इस संबंध में किसी भी पत्राचार पर विचार नहीं किया जाएगा। किसी भी आपात स्थिति के कारण बीएचईएल के पास बिना कोई कारण बताए प्रक्रिया को किसी भी समय पुनर्निर्धारित/रद्द/निलंबित/समाप्त करने और नियमों और शर्तों में संशोधित करने का अधिकार सुरक्षित है। प्रबंधन का निर्णय अंतिम होगा और किसी भी अपील पर विचार नहीं किया जाएगा।

सामान्य निर्देश:

- सरकारी/अर्ध सरकारी/पीएसयू/ राष्ट्रीयकृत बैंक /स्वायत्त निकाय में नियोजित उम्मीदवारों को उचित माध्यम से आवेदन करना होगा तथा साक्षात्कार के समय "अनापत्ति प्रमाण पत्र" प्रस्तुत करना होगा। हालांकि, कठिनाई की स्थिति में, वे सीधे आवेदन भेज सकते हैं और चयन की स्थिति में अपने संगठन से विमुक्ति प्रमाणपत्र/त्यागपत्र दे सकते हैं।
- उम्मीदवारों को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि वे जिस पद के लिए आवेदन कर रहे हैं, उसके लिए निर्धारित आवश्यक पात्रता मानदंड को पूरा करते हैं और उनके द्वारा दिए गए विवरण सभी मामलों में सही हैं। यदि चयन प्रक्रिया के किसी भी स्तर पर या नियुक्ति के बाद भी यह पाया जाता है कि उम्मीदवार ने गलत तथ्य या गलत जानकारी प्रस्तुत की है या किसी भी प्रासंगिक जानकारी/सामग्री तथ्यों को छुपाया है या आवश्यक पात्रता मानदंड को पूरा नहीं करता है, तो उसकी उम्मीदवारी बिना किसी पूर्व सूचना के रद्द की जा सकती है। यदि नियुक्ति के बाद भी उपरोक्त में से कोई भी कमी पायी जाती है, तो उसकी सेवाएं समाप्ति और अभियोजन सहित उचित कार्रवाई के लिए उत्तरदायी होंगी।
- यदि आवश्यकता पड़ी तो बिना कोई नोटिस या कारण बताए भर्ती प्रक्रिया को संशोधित/पुनर्निर्धारित/रद्द/निलंबित करने का अधिकार प्रबंधन के पास सुरक्षित है। प्रबंधन का निर्णय अंतिम होगा और किसी भी अपील पर विचार नहीं किया जाएगा। कंपनी बिना कोई कारण बताए किसी भी आवेदन को अस्वीकार करने का अधिकार सुरक्षित रखती है।
- इस विज्ञापन और/या किसी आवेदन से उत्पन्न दावे या विवाद के किसी भी मामले के संबंध में कोई भी कानूनी कार्यवाही केवल चेन्नई में की जा सकती है और ऐसे किसी भी कारण/विवाद का प्रयास केवल चेन्नई के न्यायालयों/न्यायाधिकरणों/फोरमों (क्षेत्राधिकार न्यायालयों) का एकमात्र और विशेष क्षेत्राधिकार होगा।

- प्रबंधन किसी भी उम्मीदवार को अयोग्य घोषित करने का अधिकार सुरक्षित रखता है जो योग्यता और अनुभव के प्रमाण में प्रासंगिक दस्तावेज प्रस्तुत करने में असमर्थ है। इस संबंध में किसी भी पत्राचार पर विचार नहीं किया जाएगा।
- उम्मीदवारों को एक वैध ई-मेल आईडी रखने की सलाह दी जाती है जो ऑनलाइन आवेदन पत्र में दर्ज किया जाना है। कम से कम एक वर्ष तक सक्रिय रूप से इस ई-मेल आईडी को बनाए रखने की सलाह दी जाती है क्योंकि उम्मीदवारों को कोई भी महत्वपूर्ण सूचना बीएचईएल द्वारा ई-मेल के माध्यम से प्रदान की जाएगी।
- शुद्धि/विस्तार आदि, यदि कोई हो, हमारी वेबसाइट <https://careers.bhel.in> में प्रकाशित किया जाएगा और किसी भी समाचार पत्र/किसी अन्य मीडिया में कोई सूचना नहीं दी जाएगी।
- किसी भी प्रकार का प्रचार या बाहरी दबाव लाना अयोग्यता होगी और उम्मीदवार को चयन के लिए अयोग्य बना दिया जाएगा।

रमाकांत साहू
(उप महाप्रबंधक-मा. सं)



भारत हेवी इलेक्ट्रिकल्स लिमिटेड
Bharat Heavy Electricals Limited
पावर सैक्टर दक्षिण क्षेत्र / Power Sector – Southern Region
चेन्नै / Chennai - 600 100

वॉक-इन-इंटरव्यू के लिए आवेदन प्रारूप
अंशकालिक चिकित्सा सलाहकार के चयन के लिए

1. पद/POST APPLIED FOR :

2. नाम/NAME
(in capital letters as per high school certificate) :

3. पिता का नाम/
FATHER'S NAME :

4. जन्म तिथि/ DATE OF BIRTH
(dd/mm/yyyy) :

5. आयु (वर्षों एवं महीनों में)
AGE (in years & months) :
(01.09.2024 तक/as on 01.09.2024)

6. श्रेणी (सामान्य/एससी/एसटी/ओबीसी)
CATEGORY (GEN/SC/ST/OBC) :

7. राष्ट्रियता/
NATIONALITY :

8. शारीरिक रूप से विकलांग
PHYSICALLY CHALLENGED : हां/नहीं YES / NO %
यदि हाँ (VH/OH/HH) प्रतिशत
IF YES (VH/OH/HH) PERCENTAGE

9. सेवानिवृत्त कर्मी
EX-SERVICEMAN : हां/नहीं YES / NO Yrs.
यदि हाँ तो सेवा की अवधि
IF YES YEARS OF SERVICE

10. पत्राचार के लिए पता
ADDRESS FOR CORRESPONDENCE :

11. शैक्षिक योग्यता/EDUCATIONAL QUALIFICATIONS :

| Qualification | College/ University | Full Time/ Part Time | Specializ ation | Period (From -To) | Year of Passing | Marks obtained / Max Marks | % of Marks | Whether recognised by MCI |
|---------------|------------------------|-------------------------------|--------------------|-------------------------|--------------------|-------------------------------------|---------------|---------------------------------|
| MBBS | | | | | | | | |

PLEASE AFFIX
PASSPORT SIZE
PHOTOGRAPH SELF
ATTESTED

| | | | | | | | | |
|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| MD | | | | | | | | |
| Others (if any) | | | | | | | | |

12. अनुभव विवरण/EXPERIENCE DETAILS

| Name of the Organization and Address | Private/ Govt./ PSU/ Others | Type of engagement (Regular/ Contract/ Part Time/ Private Practice) | Designation | From | To |
|--------------------------------------|-----------------------------|---|-------------|------|----|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

13. भारतीय चिकित्सा परिषद या राज्य चिकित्सा परिषद का पंजीकरण प्रमाण पत्र
Registration Certificate of Medical Council of India or, State Medical Council

Certificate No..... dated..... Valid upto

14. क्या आपने वर्तमान में कहीं और रिक्तियों के लिए आवेदन किया है: हां/नहीं
यदि हां, तो कृपया नियोक्ता/संगठन का नाम और चयन प्रक्रिया की तारीख और इसकी वर्तमान स्थिति बताएं।

Have you applied for any other vacancies somewhere else currently: YES / NO

If yes, please give name of the employer/organization and date for selection process and its current status

14. ईमेल आईडी/ EMAIL ID :

15. मोबाइल नंबर/ MOBILE NO. :

16. क्या आपके माता-पिता/पति/पत्नी बीएचईएल की सेवा में रहे हैं: हां/नहीं
यदि हाँ, तो कृपया विवरण दें।

क. रोजगार की स्थिति: (सेवारत / सेवानिवृत्त / सेवा के दौरान मृत्यु / सेवा के बाद मृत्यु)

ख. स्टाफ संख्या एवं इकाई

Have/has your parent(s)/spouse been in service of BHEL: YES / NO

If yes, please furnish details

a. Status of employment: (Serving / Retired / death during service /death after service)

b. Staff Number & Unit

उद्घोषणा/DECLARATION

मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि इस बायोडाटा फॉर्म में मेरे द्वारा दिए गए बयान सत्य और पूर्ण हैं। यदि मेरा चयन हुआ और कंपनी को किसी भी समय पता चलता है कि मेरे द्वारा दी गई जानकारी का कोई भी हिस्सा गलत है या मैंने कोई प्रासंगिक जानकारी छिपाई है, तो मैं सहमत हूँ कि मेरी चयन बिना किसी नोटिस या मुआवजे के रद्द कर दी जाएगी।

I hereby declare that statements made by me in this bio data form are true and complete. If I am engaged and the company finds at any time that any part of the information given by me is incorrect and false or that I have concealed any relevant information, I agree that my engagement shall be liable to be terminated summarily without any notice or compensation.

तिथि/DATE.....

हस्ताक्षर/SIGNATURE.....

स्थान/PLACE.....

नाम/NAME.....

संलग्नक :

1. हाई स्कूल मार्कशीट/प्रमाणपत्र
2. इंटरमीडिएट मार्कशीट/प्रमाणपत्र
3. सभी मार्कशीट के साथ एमबीबीएस डिग्री प्रमाणपत्र।
4. सभी मार्कशीट के साथ एमडी डिग्री प्रमाणपत्र। (यदि लागू हो)
5. मेडिकल काउंसिल ऑफ इंडिया या राज्य मेडिकल काउंसिल द्वारा जारी पंजीकरण प्रमाण पत्र
6. अनुभव प्रमाण पत्र (यदि लागू हो)

Enclosures:

1. *High School Mark sheet / Certificate*
2. *Intermediate Mark sheet / Certificate*
3. *MBBS Degree Certificate with all Mark sheets.*
4. *MD Degree Certificate with all Mark sheets. (If applicable)*
5. *Registration Certificate issued by the Medical Council of India or by a State Medical Council*
6. *Experience Certificate (if applicable)*