



कर्मचारी राज्य बीमा निगम
(एम एच राजस्व मंत्रालय, भारत सरकार)
EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION
(Ministry of Labour & Employment Govt. of India)



चिकित्सा (चिकित्सा) नोड / Directorate (Medical) Noida
ए. ए. नि. अस्पताल, 24, 20 - 2013001
ESIC Model Hospital, Sector-24, Noida-201301
Phone-0120-2970320 Email- ms-noida@esic.nic.in

File No.- U-11012/34/2024-ADMIN

1312

Dated- 10-08-2024

परिपत्र

मुख्यालय से प्राप्त पत्र दिनांक 29.07.2024 के संदर्भ में सभी अधिकारियों एवं कर्मचारियों में यह अनुरोध है कि वे इस विषय में अपना नवीन विकल्प (Fresh option) प्रस्तुत करें कि वे चिकित्सा हितलाभ निगम के चिकित्सा संस्थानों से अतिरिक्त अंशदान के संग्रहण पर, प्राप्त करना चाहते हैं अथवा सी एस (एम ए) नियम, 1944 के अंतर्गत प्राप्त करना चाहते हैं।

सभी अधिकारी एवं कर्मचारी इस विषय पर अपना विकल्प दिनांक 31.08.2024 तक प्रस्तुत करें। यदि निर्धारित तिथि तक किसी कर्मचारी अथवा अधिकारी ने अपना विकल्प प्रस्तुत नहीं किया तो यह माना जाएगा कि उन्होंने चिकित्सा हितलाभ के लिए सी एस (एम ए) नियम, 1944 के विकल्प का चुनाव किया है।

यह महत्वपूर्ण अधिकारी के अनुमोदन से जारी किया जा रहा है।

Signed by Anil Kumar

Date: 10-08-2024 13:04:12

उप निदेशक (प्रशा.)

प्रतिनिधि:

1. सभी शाखा अधिकारी - उनके अधीनस्थ कर्मियों को सूचनाएं व आवश्यक कार्रवाई हेतु।
2. सभी विभागाध्यक्ष।
3. प्रभारी बीमा चिकित्सा अधिकारी - क. रा. बी. नि. औपचारिक मै-12 मै-57 एनईपीजेड फ्लैट-24, सेक्टर नॉएडा - उनके अधीनस्थ कर्मियों को ई मेल के माध्यम से सूचनाएं व आवश्यक कार्रवाई हेतु।
4. आईटी मैनेजर को ESIC Hospital Noida के वेबसाइट पर अपलोड करने हेतु।
5. सूचना पट्टे

विकल्प फॉर्म

1) मैं _____ (नाम एवं कर्मचारी आई डी)
_____ (पदनाम) चिकित्सा हितलाभ निगम के संस्थानों से अपेक्षित अंशदान
के भुगतान पर प्राप्त करना चाहता हूँ।

2) मैं _____ (नाम एवं कर्मचारी आई डी)
_____ (पदनाम) चिकित्सा हितलाभ सी एस (एम ए) नियम, 1944 के
अंतर्गत प्राप्त करना चाहता हूँ।

हस्ताक्षर _____

नाम एवं पदनाम _____

कर्मचारी आई डी _____

कार्यस्थल _____

दिनांक _____