न्यूक्लियर पॉवर कॉरपोरेशन ऑफ इंडिया लिमिटेड
Nuclear Power Corporation of India Limited
(भारत सरकारका उद्यम A Govt. of India Enterprise)
नरौरा परमाणु विद्युत केंद्र Narora Atomic Power Station, NAPS HOSPITAL
डाक एनएपीएस टाउनशिप, नरौरा जिला बुलंदशहर (उ.प्र.)- 203389
PO: NAPS Township, Narora, Distt. Bulandshahr (UP)-203389

नरौरा परमाणु विद्युत केंद्र

द्वारा जारी

अभिरूचि की अभिव्यक्ति

अलीगढ में नेत्र क्लीनिक/ डेन्टल क्लीनिक/ अल्ट्रासाउंड केंद्र, मल्टीस्पेशियलिटी चिकित्सालय और मनोरोग, ईएनटी

एवं त्वचारोग चिकित्सा के लिए कन्सल्टेंट/विजिटिंग कन्सल्टेंट को पैनलबद्ध करने तथा

दिल्ली-एनसीआर में सुपरस्पेशियलिटी/मल्टीस्पेशियलिटी चिकित्सालयों को पैनलबद्ध करने के लिये

बोली संदर्भ : ईओआई संख्या NAPS/MED/EOI/001/2021

EXPRESSION OF INTEREST

FOR

EMPANELMENT OF EYE CENTER, DENTAL CLINIC, ULTRASOUND CENTER, MULTISPECIALITY HOSPITALS, CONSULTANTS/VISITING CONSULTANTS OF PSYCHIATRY, ENT AND DERMATOLOGY IN ALIGARH AND EMPANELMENT OF MULTISPECIALITY/SUPERSPECIALITY HOSPITALS IN DELHI-NCR

BID REFERENCE: EOI No NAPS/MED/EOI/001/2021

Issued by

NARORA ATOMIC POWER STATION

`

अस्वीकरण

DISCLAIMER

यह अभिरुचि की अभिव्यक्ति (ईओआई) न्यूक्लियर पॉवर कॉरपोरेशन ऑफ इंडिया लिमिटेड (एनपीसीआईएल), जोकि भारत सरकार के परमाणु ऊर्जा विभाग का एक केंद्रीय सार्वजनिक क्षेत्र का उद्यम है, की एक इकाई नरौरा परमाणु विद्युत केंद्र (एनएपीएस) द्वारा जारी की जाती है।

This Expression of Interest (EOI) is issued by Narora Atomic Power Station (NAPS) a unit of the Nuclear Power Corporation of India Limited (NPCIL) which is a Central Public Sector Enterprise of the Department of Atomic Energy, Government of India

यह ईओआई केवल उन चिकित्सालयों के लिए है जो ईओआई दस्तावेजों में निर्धारित नियमों और शर्तों के अनुरूप अपने प्रत्यय-पत्र प्रस्तुत करना चाहते हैं। हालांकि इस ईओआई में दी गई जानकारी नेकनीयती से तैयार की गई है, यह पूरी तरह समावेशी नहीं है और इसका ऐसा होने का आशय भी नहीं है अथवा इसका स्वतंत्र रूप से सत्यापन नहीं किया गया है।

This EOI is meant only for those Hospitals which intend to submit their credentials in line with the terms and conditions set forth in EOI documents. Whilst the information in this EOI has been prepared in good faith, it is not and does not purport to be comprehensive or to have been independently verified.

इच्छुक चिकित्सालय/ नर्सिंग होम/ कन्सल्टेंट अनुलग्नक-I में दिए गए निर्धारित आवेदन प्रपत्र में आवेदन कर सकते हैं। चिकित्सा सुविधा का लाभ उठाने के लिए सभी नियमों और शर्तों का विवरण देते हुए इस ईओआई के अनुलग्नक-V में दिए गए एक करार पर एनपीसीआईएल और चिकित्सालय के बीच हस्ताक्षर किए जाएंगे। करार में उल्लिखित नियमों और शर्तों में कोई परिवर्तन स्वीकार नहीं किया जाएगा।

The interested Hospitals/Nursing Homes/Consultants may apply in the prescribed Application Format given at **Annexure-I**. An agreement as provided at **Annexure-V** of this EOI detailing all terms and conditions for availing the medical facility shall be signed between the NPCIL and the HOSPITAL. No deviation to terms and conditions indicated in the agreement shall be accepted.

1. एनपीसीआईएल - एक परिचय

NPCIL – An Introduction:

एनपीसीआईएल, भारत सरकार के परमाणु ऊर्जा विभाग के अधीन केंद्रीय सार्वजनिक क्षेत्र का एक अग्रणी उद्यम है। यह नाभिकीय प्रौद्योगिकी के सभी पहलुओं जैसे कि भारत में एक ही स्थान पर नाभिकीय रिएक्टरों के स्थल चयन, अभिकल्पन, निर्माण, कमिशनिंग, प्रचालन, अनुरक्षण, नवीकरण, आधुनिकीकरण तथा अपग्रेडेशन, संयंत्र आयु विस्तार, अपशिष्ट प्रबंधन एवं डीकमीशनिंग क्षेत्रों में व्यापक क्षमता रखता है।

NPCIL is a premier Central Public Sector Enterprise under the Department of Atomic Energy, Government of India. It has comprehensive capability in all facets of nuclear technology namely, Site Selection, Design, Construction, Commissioning, Operation, Maintenance, Renovation, Modernization & Upgradation, Plant Life extension, Waste Management and Decommissioning of Nuclear Reactors in India under one roof.

1.1 नरौरा परमाणु विद्युत केंद्र के बारे में :

About Narora Atomic Power Station :

नरौरा परमाणु विद्युत केंद्र (एनएपीएस) बुलंदशहर जिले के दक्षिण पश्चिम छोर की ओर गंगा नदी के पठार पर स्थित है। यह बुलंदशहर से लगभग 70 किमी, अलीगढ़ से 60 किमी और दिल्ली से 150 किमी दूर है।

Narora Atomic Power Station (NAPS) is situated on the plateau of river Ganga towards south west end of Bulandshahar District. It is about 70 Km from Bulandshahar, 60 km from Aligarh and 150 km from Delhi,

1.2 सीएचएसएस लाभार्थियों के बारे में :

About CHSS beneficiaries:

नरौरा, अलीगढ़ और दिल्ली-एनसीआर क्षेत्र में रहने वाले सभी सीएचएसएस लाभार्थियों, जिनकी संख्या लगभग 8000 है, को एनएपीएस चिकित्सा सुविधाएं प्रदान करता है।

NAPS caters medical facilities to all the CHSS beneficiaries residing at Narora, Aligarh and Delhi NCR region accounting to about 8000 beneficiaries

2.0 निबंधन एवं शर्तें :
2.0 Terms & Conditions:

2.1 चिकित्सालयों का स्थान :
2.1 Location of Hospitals

दिल्ली-एनसीआर क्षेत्र में और अलीगढ़ में एवं उसके आसपास होना चाहिए। असाधारण मामले में, उपलब्ध सुविधाओं के आधार पर, इस सीमा से बाहर के चिकित्सालयों पर भी विचार किया जाएगा।

Should be in and around Delhi NCR region & in Aligarh. In exceptional case, depending up on facilities available, hospitals beyond this limit will also be considered.

2.2 अपेक्षित सेवाएं :
2.2 Services Required:

(ए) अलीगढ़ के लिए - नेत्र क्लीनिक/डेन्टल क्लीनिक/अल्ट्रासाउंड केंद्र, मल्टीस्पेशियलिटी चिकित्सालय और मनोरोग, ईएनटी एवं त्वचारोग चिकित्सा के लिए कन्सल्टेंट/विजिटिंग कन्सल्टेंट ।

(A) **FOR ALIGARH**- EYE CENTER, DENTAL CLINIC, ULTRASOUND CENTER, MULTISPECIALITY HOSPITALS, CONSULTANTS/VISITING CONSULTANTS OF PSYCHIATRY, ENT AND DERMATOLOGY.

(बी) दिल्ली-एनसीआर क्षेत्र के लिए - केवल एनएबीएच मान्यता वाले मल्टीस्पेशियलिटी/ सुपरस्पेशियलिटी चिकित्सालय ।

(B) **FOR DELHI-NCR REGION** – Multispecialty/Superspecialty Hospitals only with NABH accreditation.

2.3 एनपीसीआईएल/एनएपीएस के चिकित्सा लाभार्थियों को चिकित्सालय /नर्सिंग होम/ लैबोरेटरी/ निदान केंद्र मेडिकल कार्ड के आधार पर रेफरल स्लिप के साथ (या उसके बिना), जैसा भी मामला हो, के आधार पर चिकित्सा सुविधा प्रदान करेंगे।

2.3 The Hospitals /Nursing Homes/Laboratories/Diagnostic Centers shall provide medical facility to the medical beneficiaries of the NPCIL/ NAPS on the basis of medical card issued with (or without) referral slip as the case may be.

2.4 चिकित्सालय आईएफएससी कोड और पैन कार्ड नंबर, सेवा कर संख्या (यदि लागू हो) और चिकित्सा प्रतिष्ठान चलाने के लिए आवश्यक अन्य सभी दस्तावेजों के साथ अपने बैंक खाते का विवरण प्रस्तुत करेंगे।

2.4 The Hospital shall provide their Bank Account details along with IFSC code and PAN Card Number, Service Tax Number (if applicable) and all other necessary documents for running the Medical Establishment .

2.5 एनएपीएस द्वारा गठित एम्पैनलमेंट समिति आवेदनों (ईओआई) की स्क्रीनिंग करेगी और पैनलबद्धता की आगे की प्रक्रिया के लिए केवल स्क्रीनिंग में लिए गए चिकित्सालयों/ क्लिनिकों /निदान केंद्रों का दौरा करेगी। चिकित्सालय की एम्पैनलमेंट समिति, अनुलग्नक-I, II, III और IV, जैसा भी मामला हो, के आधार पर चिकित्सालय/ निदान केंद्र का दौरा करके निरीक्षण करेगी और पैनलबद्धता के लिए सिफारिशें देगी।

2.5 The Empanelment Committee constituted by NAPS will screen the applications (EOI) and visit only screened in hospitals/clinics/diagnostic centers for further process of empanelment. The Hospital Empanelment Committee will visit and inspect the hospital/diagnostic center based on the **Annexure – I, II, III & IV** as the case may be and give recommendations for empanelment.

2.6 वैध मेडिकल कार्ड लाने वाले रोगियों (जैसा कि ऊपर पैरा 2.3 में उल्लेख किया गया है) पर ही विचार किया जाएगा।

2.6 The patients bringing valid medical card (as mentioned in paragraph 2.3 above) will only be entertained.

2.7 चिकित्सालयों / नर्सिंग होमों की पैनलबद्धता सामान्यत: 03 (तीन) वर्ष की अवधि के लिए होगी।

2.7 The empanelment of Hospitals/ Nursing Homes will normally be for a period of 03 (Three) years.

3.0 आवेदकों के लिए निर्देश :

3.0 INSTRUCTIONS TO APPLICANTS:

3.1 एनपीसीआईएल चिकित्सा प्रतिष्ठानों को पैनल में शामिल करने के लिए इस ईओआई को जारी करता है, बशर्ते वे ऊपर बताई गई आवश्यकताओं को पूरी करते हों।

3.1 NPCIL floats this EOI for empanelment of medical establishments subject to fulfilling the requirement as stated above.

3.2 आवेदकों से अपेक्षा की जाती है कि वे प्रदान किए गए सभी दस्तावेजों की सामग्री की सावधानीपूर्वक जांच कर लें। ईओआई की आवश्यकताओं का अनुपालन करने में विफल रहना आवेदकों का अपना जोखिम होगा।

3.2 Applicants are expected to examine carefully the contents of all the documents provided. Failure to comply with the requirements of EOI will be at the applicants own risk.

3.3 यह माना जाएगा कि आवेदन जमा करने से पहले, आवेदक ने :-

3.3 It would be deemed that prior to the submission of the Application, the applicant has:

i) इस ईओआई अनुरोध दस्तावेज में निर्धारित आवश्यकताओं और अन्य जानकारी की पूरी और सावधानीपूर्वक जांच कर ली है।

i. Made a complete and careful examination of requirements and other information set forth in this EOI request document.

ii) ऐसी सभी प्रासंगिक जानकारी प्राप्त कर ली है, जैसा कि एनएपीएस से अनुरोध किया गया है।

ii. Received all such relevant information as it has requested from NAPS.

3.4 आवेदक अपना आवेदन तैयार करने अथवा उसकी सुपुर्दगी से संबंधित सभी कीमतें स्वयं वहन करेंगे।

3.4 The applicants shall bear all costs associated with the preparation or delivery of its application.

3.5 आवेदक एनएपीएस के पूर्व लिखित अनुमोदन के बिना किसी तीसरे पक्ष को गोपनीय जानकारी का खुलासा नहीं करेंगे।

3.5 Applicants shall not disclose confidential information to any third party without prior written approval of NAPS.

3.6 एनपीसीआईएल के पास सत्यापन के लिए सहायक दस्तावेजों की मांग करने का अधिकार सुरक्षित है। यदि जरूरी समझा जाता है तो आवेदकों द्वारा प्रस्तुत किए गए किसी भी विवरण को उनके पिछले ग्राहकों आदि से क्रॉस-चेक भी किया जा सकता है। इस संबंध में आवेदकों को कोई आपत्ति नहीं होगी।

3.6 NPCIL reserves the rights to call for the supporting documents for verification if so deemed also cross-check for any details as furnished by the applicants from their previous clients etc. Applicants shall have no objection whatsoever in this regard.

4.0 दरें / टैरिफ :
4.0 RATES / TARIFF:

4.1 दरें दिल्ली और एनसीआर के लिए लागू 2014 की सीजीएचएस दरों के अनुसार होंगी। करार पर हस्ताक्षर करने के बाद यदि दरों में परिवर्तन अधिसूचित किया जाता है तो संबंधित चिकित्सालय के विशिष्ट अनुरोध पर इस पर विचार किया जा सकता है।

4.1 Rates shall be as per CGHS rates of 2014 applicable for Delhi & NCR. Change in rates if notified after signing of agreement may be considered on specific request of the hospital concerned.

4.2 चिकित्सालय द्वारा चार्ज की जाने वाली दरों की अनुसूची उस शहर / निकटवर्ती शहर/ राज्य के राजधानी शहर के लिए अधिसूचित सीजीएचएस दरों के साथ तुलनीय होनी चाहिए।

4.2 The schedule of rates charged by the hospital should be comparable with CGHS rates notified for that city/nearby city/the capital city of the state.

4.3 यदि किसी चिकित्सालय की दरों की अनुसूची को केंद्र सरकार/ राज्य सरकार द्वारा सीएसएमए नियमों के तहत मंजूरी दी गई है, तो ऐसे चिकित्सालयों को इन अनुमोदित दरों पर सूचीबद्ध किया जा सकता है।

4.3 If schedule of rates of a Hospital is approved by the Central Government/State Government under CSMA Rules, such Hospitals may be empaneled on these approved rates.

4.4 चिकित्सालय एनपीसीआईएल की किसी भी इकाई/ नरौरा परमाणु विद्युत केंद्र द्वारा जारी किए गए वास्तविक चिकित्सा पंजीकरण कार्ड के माध्यम से लाभार्थी की पहचान करने और सत्यापन करने पर लाभार्थियों को कैशलेस चिकित्सा सुविधाएं प्रदान करेगा।

4.4 The Hospital shall extend cashless medical facilities to beneficiaries on production and verification of identity of the beneficiary through the bonafide Medical Registration Card issued by any of the Units of NPCIL/Narora Atomic Power Station.

5.0 करार :

5.0 AGREEMENT:

5.1 **अनुलग्नक-V** में दिए गए निर्धारित प्रारूप में पैनल में शामिल करने के लिए अनुमोदित चिकित्सालयों / लैबोरेटरियों/ निदान केंद्रों के साथ **प्रमुख, मानव संसाधन**, एनएपीएस द्वारा अंतिम करार पर हस्ताक्षर किए जाएंगे।

5.1 The final agreement will be signed by the **Head HR**, NAPS with the Hospitals / Laboratories / Diagnostic Centers approved for empanelment in the prescribed format as at **Annexure-V**.

5.2 उक्त चिकित्सालय लाभार्थियों से कुछ भी शुल्क नहीं लेगा और लाभार्थी चिकित्सा उपचार के लिए चिकित्सालय को कुछ भी भुगतान करने के लिए उत्तरदायी नहीं होंगे।

5.2 The said Hospital will not charge anything from the beneficiaries and the beneficiaries shall not be liable to pay anything to the Hospital for the medical treatment.

5.3 करार 100/- रुपये के स्टांप पेपर पर किया जाएगा।

5.3 Agreement will be done on Rs100/-stamp paper.

5.4 पैनल में शामिल चिकित्सालय एनएपीएस और चिकित्सालय के बीच सहमति के अनुरूप चार्ज के अनुसार बिलों को मासिक रूप से प्रस्तुत करेगा। एनएपीएस की संतुष्टि के लिए बिलों का विस्तृत विवरण प्रस्तुत किया जाएगा।

5.4 The empaneled Hospital shall submit the bills monthly strictly in accordance with the charges as agreed to between NAPS and the Hospital. Detailed break-up of the bills shall be furnished to the satisfaction of NAPS.

5.5 एनएपीएस बिलों की प्राप्ति की तारीख से 60 दिनों की अवधि के भीतर चिकित्सालय को भुगतान करने का प्रयास करेगा। तथापि, यदि कुछ स्पष्टीकरणों, दस्तावेजों की आवश्यकता होने, बिलों में त्रुटियां होने पर, उन्हें चिकित्सालय को वापस कर दिया जाता है, तो 60 दिनों की अवधि की गणना बताई गई कमियों का दूर करने के बाद चिकित्सालय द्वारा बिलों को फिर से प्रस्तुत करने की तारीख से ही की जाएगी।

5.5 NAPS shall attempt to make payment to the hospital within a period of 60 days from the date of receipt of the bills. However, if for want of some clarifications, documents, errors in the bills, they are returned to the hospital, the period of 60 days will count only after the date of re-submission of the bills by the hospital after infirmities as pointed out are removed.

न्यूक्लियर पॉवर कॉरपोरेशन ऑफ इंडिया लिमिटेड
Nuclear Power Corporation of India Limited
(भारत सरकारका उद्यम A Govt. of India Enterprise)
नरौरा परमाणु विद्युत केंद्र Narora Atomic Power Station, NAPS HOSPITAL
डाक एनएपीएस टाउनशिप, नरौरा जिला बुलंदशहर (उ.प्र.)- 203389
PO: NAPS Township, Narora, Distt. Bulandshahr (UP)-203389

आवेदन पत्र का प्रारूप APPLICATION FORMAT

चिकित्सालयों को पैनलबद्ध करने के लिए आवेदन प्रारूप
(मल्टीस्पेशियलिटी/सुपरस्पेशियलिटी/स्पेशियलिटी/निदान केंद्र/पैथोलॉजिकल लैब)
APPLICATION FORMAT FOR EMPANELMENT OF HOSPITALS (MULTI-SPECIALTY / SUPER-SPECIALTY / SPECIALTY/ DIGONSTIC CENTRES/PATHOLOGICAL LABS)

1. उस शहर का नाम जहां चिकित्सालय स्थित है
Name of the city where hospital is located.

2. चिकित्सालय का नाम
Name of the Hospital

3. पता
Address

4. दूरभाष/फैक्स /ई-मेल
Tel / Fax / E-mail

टेलीफोन नं. Telephone No										
फैक्स Fax										
ई-मेल/वेबसाइट का पता e-mail / website address										

अधिकृत आवेदक के हस्ताक्षर
Signature of the Authorized Applicant

संलग्नक : पूर्ण एनएबीएच प्रमाण पत्र जिसमें सटीक अवधि का उल्लेख किया गया है।
Attachment : Full NABH certificate with exact period mentioned.

चिकित्सालय प्राधिकारी द्वारा हस्ताक्षरित।
Signed by Hospital Authority.

5. आवेदन जिस रूप में पैनलबद्ध होने के लिए किया गया :
5. Empanelment Applied for

a)	☐	**मल्टीस्पेशियलिटी (सामान्य प्रयोजन) 1* (न्यूनतम तीन स्पेशियलिटी)** **Multispecialty (General Purpose) 1* ((Minimum three specialities)**
b)	☐	**सुपर स्पेशियलिटी (एक या अधिक स्पेशियलिटी)** **Super Specialty (one or more Specialty)**
c)	☐	**डेन्टल देखभाल केंद्र** **Dental Care Centre**
d)	☐	**सुपर स्पेशियलिटी नेत्र देखभाल** **Super Specialty Eye Care**
e)	☐	**निदान केंद्र** **Diagnostic Centre**

(कृपया उपयुक्त कॉलम पर निशान लगाएं)
(Please tick the appropriate column)

सुपर स्पेशियलिटी - स्पेशियलिटी का उल्लेख करें - **Super Specialty - Specify Specialty –**	☐
कार्डियोलॉजी, कार्डियोवैस्कुलर और कार्डियोथोरेसिक सर्जरी **Cardiology, Cardiovascular and Cardiothoracic Surgery /**	☐
न्यूरोलॉजी और न्यूरोसर्जरी **Neurology and Neurosurgery**	☐
यूरोलॉजी- डायलिसिस और लिथोट्रिप्सी सहित (गुर्दे का प्रत्यारोपण, यदि उपलब्ध हो) **Urology-Including Dialysis and Lithotripsy (Renal Transplant, if available)**	☐

आर्थोपेडिक- सर्जरी - आर्थोस्कोपिक सर्जरी और ज्वाइंट प्रतिस्थापन सहित **Orthopedic– Surgery – including arthroscopic surgery and joint Replacement**	
गैस्ट्रोएंटरोलॉजी और जीआई-सर्जरी (लिवर ट्रांसप्लांट, यदि उपलब्ध हो) **Gastroenterology and GI-Surgery (Liver Transplant, if available)**	
व्यापक ऑन्कोलॉजी (सर्जरी, कीमोथेरेपी और रेडियोथेरेपी सहित)/ **Comprehensive Oncology (includes surgery, chemotherapy And Radiotherapy) /**	
बाल रोग और बाल रोग सर्जरी **Pediatrics and Pediatrics surgery**	
एंडोस्कोपिक सर्जरी **Endoscopic surgery**	
कोई अन्य (स्पेशियलिटी का नाम उल्लेख करें) **Any other (specify the name of the Speciality)**	

नोट : प्रासंगिक नैदानिक प्रोसिजरों/जांच के लिए सुविधाएं उपलब्ध होनी चाहिए -
Note : Facilities for Relevant Diagnostic procedures/investigations Should be available –

नोट : 1* मल्टीस्पेशियलिटी (सामान्य प्रयोजन) - में सामान्य मैडिसिन, सामान्य सर्जरी, प्रसूति और स्त्री रोग, बाल रोग, हड्डी रोग, आईसीयू और क्रिटिकल केयर यूनिट (ईएनटी, नेत्र विज्ञान, डेन्टल चिकित्सा विशेषता- वांछनीय), और रेडियोलॉजी, इन हाउस लेबोरेटरी और ब्लड बैंक के लिए सुविधाएं शामिल होंगी। इन चिकित्सालयों को केवल एक स्पेशियलिटी/ अथवा चयनित स्पेशियलिटी के लिए विचार नहीं किया जाएगा। हालांकि, सामान्य प्रयोजन उपचार के अलावा अतिरिक्त विशिष्टताओं के लिए उन पर विचार किया जा सकता है।

Note: 1* **Multispecialty (General Purpose) –** shall include General Medicine, General Surgery, Obstetrics and Gynecology, Pediatrics, Orthopedics, ICU and Critical Care Units (ENT, Ophthalmology, Dental specialties – desirable), and facilities for Radiology and in house laboratory and Blood Bank. These hospitals will not be considered for ONE Specialty/or selected specialties only. However, they can be considered for additional Specialties in addition to General Purpose treatment.

अधिकृत आवेदक के हस्ताक्षर।
Signature of the Authorized Applicant

डेन्टल देखभाल केंद्र :
Dental Care Centre

के लिए आवेदन :
Applied for : -

सामान्य डेन्टल चिकित्सा
General Dentistry ☐

विशेष डेन्टल चिकित्सा प्रोसिजर- स्पेशियलिटी का उल्लेख करें
Special Dental procedures – specialty specified ☐

डेन्टल चिकित्सा के लिए नैदानिक प्रक्रियाएं / जांच
Diagnostic procedures / investigations for Dental ☐

सुपर स्पेशलिटी नेत्र देखभाल :
Super Speciality Eye Care –

के लिए आवेदन किया :- (उल्लेख करें)
Applied for – (Specify)

a) मोतियाबिंद/ ग्लूकोमा
Cataract / Glaucoma ☐

b) रेटिनल - मेडिकल - विट्रियो - रेटिनल सर्जरी
Retinal - Medical – Vitreo – retinal surgery ☐

c) स्ट्रैबिस्मस
Strabismus ☐

d) ऑक्युलोप्लास्टी और एडनेक्सा और अन्य विशेष उपचार
Occuloplasty & Adnexa & other specialized treatment ☐

6. क्या चिकित्सालय को निम्नलिखित में से किसी एक या अधिक के तहत मान्यता प्राप्त है :
6. Whether the hospital is recognized under any one or more of following :

1. सीजीएचएस/सीएस(एमए)/पऊवि सीएचएसएस/जीओ/डीओएस सीएचएसएस/ भारत सरकार/किसी भी सीपीएसयू के तहत
Under CGHS/CS (MA)/CHSS of DAE , GO CHSS OF DOS/GOI/any CPSU — हां Yes ☐ नहीं No ☐

2. राज्य स्वास्थ्य प्राधिकरण/स्थानीय निकाय के अंतर्गत
Under State Health Authority / Local Body — हां Yes ☐ नहीं No ☐

3 किसी भी चिकित्सा स्वास्थ्य बीमा संगठन के तहत, यदि हाँ उल्लेख करें हां Yes ☐ नहीं No ☐
Under any Medical Health Insurance Organization (If, yes, specify)

4. ट्रस्ट चिकित्सालय हां Yes ☐ नहीं No ☐
Trust Hospital

5. क्या सीजीएचएस दरें स्वीकार्य हैं हां Yes ☐ नहीं No ☐
Whether CGHS rates acceptable

6 क्या एनएबीएच/एनएबीएल मान्यता प्राप्त है हां Yes ☐ नहीं No ☐
Whether NABH/NABL Accredited

9. बिस्तरों/आईसीयू बिस्तरों/स्पेशियलिटी वार बिस्तरों/सुपरस्पेशियलिटी वार बिस्तरों की कुल संख्या ☐
9. Total no. of beds/ICU beds/speciality wise beds/Super-speciality wise beds.

10. कोई अन्य प्रासंगिक जानकारी।
10. Any other relevant information.

11. विभिन्न उपचार/जांच के लिए दर सूची संलग्न की जाए।
11. Rate list for various treatment/investigation to be enclosed.

अधिकृत आवेदक के हस्ताक्षर
Signature of the Authorized Applicant

अनुलग्नक II Annexure II

श्रेणी II चिकित्सालयों के लिए जांचसूची
CHECKLIST FOR CATEGORY.II HOSPITALS

सेक्सन-ए : (मल्टी स्पेशियलिटी चिकित्सालयों के लिए)
SECTION-A: (FOR MULTI SPECIALITY HOSPITALS)

मल्टी स्पेशियलिटी चिकित्सालयों के लिए मानदंड :
CRITERIA FOR MULTI SPECIALITY HOSPITALS:

1. चिकित्सालय में मल्टी स्पेशियलिटी चिकित्सालयों के लिए न्यूनतम 30 बिस्तर और सुपर स्पेशियलिटी चिकित्सालयों के लिए न्यूनतम 20 बिस्तर होने चाहिए।
1. The hospital should have minimum 30 beds for Multi Speciality Hospitals and minimum 20 beds for Super Specialty Hospitals.

2. चिकित्सालय में सेवाओं की जरूरतों और चिकित्सालय के कार्यभार को पूरा करने के लिए डॉक्टर, नर्सिंग और पैरा मेडिकल स्टाफ पर्याप्त संख्या में होना चाहिए।
2. The hospital should have adequate doctors, nursing and para medical staff to meet the requirement of services and workload of the hospital.

3. वह आपात सेवाएं प्रदान करने में सक्षम होना चाहिए।
3. It should be able to provide emergency services.

4. पिछले एक वर्ष में बिस्तर प्रयोग दर 50% होनी चाहिए।
4. The bed occupancy rate should be 50% in last one year.

5. उसमें स्टैंडबाई बिजली की आपूर्ति होनी चाहिए।
5. It should have standby power supply.

6. उसमें पैथोलॉजी प्रयोगशाला/एक्स-रे सुविधाएं होनी चाहिए।
6. It should have pathology laboratory/X-Ray facilities.

7. उसमें ओटी टेबल, शैडोलेस लाइट, आटोक्लेव सुविधाएं, बॉयल उपकरण/ एनेस्थीसिया मशीन/ पल्स ऑक्सीमीटर और ईसीजी मॉनिटर के साथ ऑपरेशन थियेटर होना चाहिए।
7. It should have operation theatre with OT Table, shadowless light, autoclave facilities, Boyle's apparatus/Anesthesia machine/Pulse Oxymeter and ECG monitor.

8. उसमें ब्लड बैंक सुविधा होनी चाहिए।
8. It should have blood bank support.

9. उसमें फार्मेसी/दवाओं की दुकान होनी चाहिए।
9. It should have pharmacy/ drugs store.
10. उसमें एम्बुलेंस की सुविधा होनी चाहिए।
10. It should have ambulance facility.
11. उसमें निर्धारित नियमों के अनुसार अपशिष्ट निपटान प्रणाली होनी चाहिए।
11. It should have waste disposal system as per prescribed rules.

सेक्सन-बी : (कार्डियोलॉजी चिकित्सालयों के लिए)
SECTION-B: (CARDIOLOGY HOSPITALS)

कार्डियोलॉजी चिकित्सालयों के लिए मानदंड :
CRITERIA FOR CARDIOLOGY HOSPITALS:

1. चिकित्सालय में पूर्णकालिक योग्यता प्राप्त हृदय रोग विशेषज्ञ होने चाहिए।
1. The hospital should have full time qualified Cardiologists.
2. उसमें योग्यता प्राप्त कार्डियो-थोरेसिक सर्जन बैक-अप होना चाहिए।
2. It should have qualified cardio-thoracic surgeon back up.
3. उसमें अलग कार्डिएक आईसीयू होना चाहिए।
3. It should have separate Cardiac ICU.
4. उसमें कैथ लैब सुविधा होनी चाहिए।
4. It should have Cath. Lab. Facility.
5. उसे प्रति वर्ष कम से कम 200 एंजियोग्राफी करनी चाहिए।
5. It should be performing minimum 200 angiography per year.
6. उसे प्रति वर्ष कम से कम 100 एंजियोप्लास्टी करनी चाहिए।
6. It should be performing minimum 100 angioplasties per year.

सेक्शन-सी SECTION-C: (हेमोडायलाइसिस HAEMODIALYSIS)

हेमोडायलाइसिस के लिए मानदंड CRITERIA FOR DIALYSIS:

1. चिकित्सालय में एक अच्छी डायलाइसिस यूनिट होनी चाहिए जोकि साफ, सुथरे एवं कीटाणुमुक्त कक्ष में स्थित हो। The hospital should have a good dialysis unit placed in neat, clean and hygienic room.
2. उनके पास कम से कम दो अच्छी हेमोडायलाइसिस मशीनें, बाईकार्बोनेट हेमोडायलाइसिस देने की सुविधायुक्त होनी चाहिए। It should have at least two good haemodialysis machines with facility of giving bicarbonate haemodialysis.
3. उनके पास प्रतिलोम परासरण युक्त वाटर प्यूरीफाइंग यूनिट युक्त होनी चाहिए। It should have water-purifying unit equipped with reverse osmosis.
4. यूनिट को नियमित रूप से रोगाणुमुक्त किया जाना चाहिए। उन्हें नियमित रूप से रोगाणुरोधक सावधानी की कार्रवाई करनी चाहिए। Unit should be regularly fumigated and they should perform regular antiseptic precautions.
5. उनके पास सेरोपोजीटिव मामलों में डायलाइसिस उपलब्ध कराने की सुविधा होनी चाहिए।

   It should have facility for providing dialysis in Seropositive cases.
6. उनके पास प्रशिक्षित डायलाइसिस टेक्निशन, सिस्टर, पूर्णकालिक नेफ्रोलोजिस्ट और रेज़ीडेंट डॉक्टर होने चाहिए, जिससे डायलाइसिस के दौरान जटिलताओं से निपटा जा सके। It should have trained dialysis Technician and Sisters and full time Nephrologist and Resident Doctors available to combat the complications during the dialysis.
7. उन्हें कम से कम 50 डायलाइसिस प्रति माह करने चाहिए और हेमोडायलाइसिस का प्रत्येक सत्र कम से कम 4 घंटे का होना चाहिए।

   It should conduct atleast 50 dialysis per month and each session of haemodialysis should be at least 4 hours.
8. यह सुविधा 24 घंटे उपलब्ध रहनी चाहिए।

   Facility should be available 24 hours a day.

सेक्शन-डी SECTION-D: (ऑर्थोपेडिक केंद्र ORTHOPAEDIC CENTRE)

ऑर्थोपेडिक केंद्र के लिए मानदंड CRITERIA FOR ORTHOPAEDIC CENTRE:

1. चिकित्सालय में योग्यता प्राप्त ऑर्थोपेडिक सर्जन होना चाहिए।

   The hospital should have qualified Orthopaedic Surgeon.

2. उसमें रोगाणुमुक्त ऑपरेशन थियेटर होना चाहिए।

   It should have aseptic operation theatre.

3. उसमें इमेजिंग सुविधा होनी चाहिए।

   It should have imaging facility.

4. उसे आपात सुविधाएं देने में सक्षम होना चाहिए।

   It should be able to give emergency services.

5. उसमें फिजियोथेरेपी मदद उपलब्ध होनी चाहिए।

   It should have a Physiotherapy support.

सेक्सन-ई SECTION-E: (न्यूरोलॉजी केंद्र NEURОLOGY CENTRE)

न्यूरोलॉजी केंद्र के लिए मानदंड CRITERIA FOR NEUROLOGY CENTRE :

1. चिकित्सालय में योग्यता प्राप्त न्यूरोलोजिस्ट/न्यूरो सर्जन होना चाहिए।

   The hospital should have qualified Neurologist / Neuro Surgeon.

2. उसमें ईईजी एवं इमेजिंग सुविधा उपलब्ध होनी चाहिए।

   It should have EEG and imaging facility support.

3. उसमें फिजियोथैरेपी मदद उपलब्ध होनी चाहिए।

   It should have physiotherapy support.

सेक्शन-एफ SECTION-F: (ई.एन.टी. क्लीनिक/चिकित्सालय E.N.T. CLINIC/HOSPITAL)

ई.एन.टी. क्लीनिक/चिकित्सालय के लिए मानदंड
CRITERIA FOR E.N.T. CLINIC/HOSPITAL:

1. चिकित्सालय में योग्यता प्राप्त ई.एन.टी. सर्जन होना चाहिए।

   The hospital should have qualified E.N.T. Surgeon.

2. उसमें ओडियोमेट्री सुविधा होनी चाहिए।

   It should have audiometry) facility.

3. उसमें एंडोस्कोपी एवं आवश्यक इंस्ट्रूमेंटेशन सुविधा होनी चाहिए।
   It should have facility for Endoscopy and require instrumentation facility.

सेक्शन-जी SECTION-G : (ऑनकोलॉजी ONCOLOGY)

ऑनकोलॉजी के लिए मानदंड CRITERIA FOR ONCOLOGY :

1. चिकित्सालय में योग्यता प्राप्त ऑनकोलॉजिस्ट होने चाहिए।

   The hospital should have qualified Oncologists.

2. उसमें ऑनकोलॉजी सर्जरी के लिए रोगाणुमुक्त ऑपरेशन थिएटर होना चाहिए।

   It should have aseptic operation theatre for Oncological Surgery.

3. उसमें कीमोथेरेपी की सुविधाएं होनी चाहिए।

   It should have facilities for Chemotherapy.

4. उसमें एईआरबी के दिशानिर्देशों के अनुसार रेडियोथेरेपी की सुविधाएं एवं पर्याप्त जनशक्ति होनी चाहिए। It should have facilities for Radiotherapy and adequate manpower as per guidelines of AERB.

सेक्शन-एच SECTION-H: (एंडोस्कोपिक/ लेप्रोस्कोपिक सर्जरी चिकित्सालय ENDOSCOPIC/LAPROSCOPIC SURGERY HOSPITAL)

एंडोस्कोपिक/ लेप्रोस्कोपिक सर्जरी चिकित्सालय के लिए मानदंड CRITERIA FOR ENDOSCOPIC/LAPROSCOPIC SURGERY HOSPITAL :

1. चिकित्सालय में आकस्मिकता/ आपात वार्ड, पूरी तरह सज्ज आईसीयू, उचित वार्ड की सुविधाएं, योग्यता प्राप्त नर्सें एवं पैरामैडीकल स्टाफ और रेज़ीडेंट डॉक्टर/ विशेषज्ञ होने चाहिए।

   The hospital should have adequate facilities for casualty/emergency ward, full-fledged ICU, proper wards, qualified nurses and paramedical staff and Resident doctors/specialists.

2. सर्जन को संबंधित क्षेत्र में पोस्ट ग्रेजुएट के साथ-साथ अनुभवी होना चाहिए।

   The surgeon should be Post Graduate with experience in the concerned field.

3. उन्हें विभिन्न प्रकार की सर्जरी करने और उनकी जटिलताओं को दूर करने में समर्थ होना चाहिए।

   He/she should be able to carry out the surgery with its variations and able to handle its complications.

4. चिकित्सालय में लेप्रोस्कोपिक सर्जरी करने की सुविधाएं होनी चाहिए।

   The hospital should have facilities to carry out laproscopic surgeries.

5. चिकित्सालय में एक्सेसरीज़ के साथ लेप्रोस्कोपिक उपकरण एवं मापयंत्रों का कम से कम एक पूरा सेट होना चाहिए ओपन सर्जरी यानी लेप्रोस्कोपिक सर्जरी के बाद आफ्टर कन्वर्जन की सुविधाएं होनी चाहिए।

   The hospital should have atleast one complete set of laproscopic equipment and instruments with accessories and should have facilities for open surgery i.e. after conversion from Laproscopic surgery.

सेक्शन-आई SECTION-I: (डेंटल चिकित्सालय DENTAL HOSPITALS)

डेंटल चिकित्सालय के लिए मानदंड CRITERIA FOR DENTAL HOSPITALS:

1. चिकित्सालय में योग्यता प्राप्त डेंटल सर्जन होना चाहिए।

   The hospital should have qualified Dental Surgeon.

2. उसमें डेंटल एक्स-रे की सुविधा होनी चाहिए।

   It should have facility for Dental X-ray.

3. उसमें पर्याप्त नर्सिंग स्टाफ होना चाहिए।

   It should have adequate nursing staff.

4. वह आपात सेवाएं उपलब्ध कराने में समर्थ होना चाहिए।

   It should be able to provide emergency services.

5. उसमें कार्यरत डेंटल चेयर, विद्युत प्रचालित, हैलोजन लाइट फिटिंग के साथ कीटाणुमुक्त/ रोगाणुमुक्त पाइपिंग यूनिट एवं अन्य सुविधाएं जैसे एयर रोटर, एयर मोटर/ माइक्रो मोटर, ऑइल मुक्त मैडीकल ग्रेड कंप्रैसर, अल्ट्रासोनिक स्केलर, लाइट क्योर मशीन, बिल्ट-इन हाई सक्शन यंत्र, इत्यादि होने चाहिए।

   It should have working Dental Chair, Electrically operated, hygienic/aseptic piping unit fitted with Halogen Light and other facilities like Air Rotor, Air Motor/Micro Motor, Oil free medical grade compressor, Ultrasonic Scaler, Light Cure Machine, Built in high suction apparatus etc.

सेक्शन-जे SECTION-J: (आई केयर चिकित्सालय EYE CARE HOSPITALS)

आई केयर चिकित्सालय के लिए मानदंड CRITERIA FOR EYE CARE HOSPITALS:

1. चिकित्सालय में फैकोइमल्सिफिकेशन सर्जरी के अनुभव के साथ योग्यता प्राप्त ऑफ्थेल्मिक सर्जन होना चाहिए।

   The hospital should have qualified Ophthalmic Surgeon with experience in PHACOEMULSIFICATION surgery.

2. उसमें एक वर्ष में कम से कम 500 आईओएल इम्लांट किए होने होने चाहिए।

   It should have performed minimum 500 IOL implants in one year.

3. उसमें फैकोइमल्सिफायर यूनिट होनी चाहिए। It should have Phacoemulsifier Unit.

4. उसमें केप्सूलोटोमी के लिए वाईएजी लेसर होना चाहिए।

   It should have YAG laser for capsulotomy.

5. उसमें राष्ट्रीय/ अंतरराष्ट्रीय मानक का आईओएल उपलब्ध कराया जाना चाहिए।

   It should provide IOL of national/international standard.

6. उसमें विट्रो-रेटीनल सर्जन की सुविधाओं का बैक अप होना चाहिए।

   It should have back up facilities of Vitro-retinal Surgeon.

7. उसमें पर्याप्त ओटी सुविधाएं होनी चाहिए।

   It should have adequate OT facilities.

8. उसमें पर्याप्त नर्सिंग स्टाफ होना चाहिए।

   It should have adequate nursing staff.

9. उसमें ग्लूकोमा के मामलों के प्रबंधन की सुविधाएं होनी चाहिए।

   It should have facilities for Glaucoma cases management.

1. (इस करार को केवल सफल बोलीकार भरेंगे और यह करार की मात्र एक नमूना प्रतिलिपि है, जो कि आपकी सूचना के लिए है)

1. (ONLY SUCCESSFUL BIDDER WILL FILL THIS AGREEMENT & THIS IS ONLY A SPECIMEN COPY OF AGREEMENT FOR YOUR INFORMATION)

अनुलग्नक-5

Annexure-V

संख्या ... करार, जो कि एनपीसीआईएल (यूनिट का नाम) और **......................................,** के बीच किया जाता है

No.............. AGREEMENT BETWEEN NPCIL (NAME OF THE UNIT) AND ....,

यह करार तारीख ... को एनपीसीआईएल (यूनिट का नाम) ..., जिनका कार्यालय ... पर स्थित हैं, जो कि प्रथम पक्षकार हैं, और

... (चिकित्सालय/ नर्सिंग होम/ निदान केंद्र/ डेंटल क्लीनिक/ पैथोलॉजी लैब/ कन्सल्टेंट/ विजिटिंग कन्सल्टेंट का पते सहित नाम), जो कि द्वितीय पक्षकार हैं, के बीच किया जाता है।

This Agreement is made and executed on this_______ day of ________, 20__ by and between NPCIL (Name of the Unit)………………… having its office at …………….of the First Party AND ……………………………………….. *(Name of the* Hospital / Nursing Home/ Diagnostic Centre / Dental Clinic/ Pathological Lab. / Consultant / Visiting Consultant *with Address)* of the Second Party**.**

अंशदाई स्वास्थ्य सेवा योजना एनपीसीआईएल और डीएई की अन्य यूनिटों के सभी सीएचएसएस लाभार्थियों, जिन्हें 'लाभार्थी' पुकारा गया है, को व्यापक चिकित्सा देखभाल सुविधाएं प्रदान कर रही है।

WHEREAS, the Contributory Health Services Scheme is providing comprehensive medical care facilities to all CHSS beneficiaries of NPCIL and other Units of DAE referred to as 'beneficiary'.

और, एनपीसीआईएल रैफरल हॉस्पिटल एम्पेनलमेंट योजना संपूर्ण भारत में लाभार्थियों को चिकित्सालयों/ नर्सिंग होमों/ निदान केंद्रों/ डेंटल क्लीनिकों/ पैथोलॉजी लैबों/ कन्सल्टेंटों/ विजिटिंग कन्सल्टेंटों के पास उपचार सुविधाएं और निदान सुविधाएं प्रदान किए जाने का प्रस्ताव करती है। और, ... (चिकित्सालय/ नर्सिंग होम/ निदान केंद्र/ डेंटल क्लीनिक/ पैथोलॉजी लैब/ कन्सल्टेंट/ विजिटिंग कन्सल्टेंट का नाम), जो कि द्वितीय पक्षकार के स्वामित्व में है, ने लाभार्थियों को चिकित्सालयों/ नर्सिंग होमों/ निदान केंद्रों/ डेंटल क्लीनिकों/ पैथोलॉजी लैबों/ कन्सल्टेंटों/ विजिटिंग कन्सल्टेंटों के पास निम्नलिखित उपचार/ निदान सुविधाएं देने के लिए सहमति दी है-

AND WHEREAS, NPCIL Empanelment of Referral Hospitals Scheme proposes to provide treatment facilities and diagnostic facilities to the Beneficiaries in the Hospitals / Nursing Homes/ Diagnostic Centres / Dental Clinics/ Pathological Labs. /Consultants / Visiting Consultants all over India. AND WHEREAS, *(Name of the Hospital/ Nursing Home/ Diagnostic Centre /* Dental Clinic/ *Pathological Lab. /Consultant / Visiting Consultant*) agreed to give the following treatment / diagnostic facilities to the Beneficiaries in the Hospitals / Nursing Homes/ Diagnostic Centres / Dental Clinics/ Pathological Labs/ Consultants / Visiting Consultants owned by the Second Party.

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

अत:, अब दोनों पक्षकारों के बीच यह करार किया जाता है :

NOW, THEREFORE, IT IS HEREBY AGREED between the Parties as follows:

1. 0 सामान्य शर्ते

1. 0 GENERAL CONDITIONS

1.1 योजना के अधीन द्वितीय पक्षकार लाभार्थियों को सेवाएं देने के लिए प्रथम पक्षकार को क्रेडिट सुविधा देंगे।

1.1 The Second Party shall extend credit facility to the First Party for providing the services under the Scheme to the beneficiaries.

1.2 अनुमोदित पैकेज दरों पर बाह्य मरीजों और भर्ती मरीजों को उपचार और अन्य कोई प्रोसिजर सभी सीएचएसएस लाभार्थियों को क्रेडिट आधार पर दिया जाएगा और अलग से कोई रजिस्ट्रेशन शुल्क, फाइल चार्ज, इत्यादि नहीं वसूला जाएगा। सभी जरूरी दवाओं, जांचों, रक्त एवं रक्त तत्वों (सर्विस चार्ज, जिसमें रक्तदान चार्ज, इत्यादि शामिल नहीं है) की कीमत रेफरल चिकित्सालय/ नर्सिंग होम/ निदान केंद्र/ डेंटल क्लीनिक/ पैथोलॉजी लैब/ कन्सल्टेंट/ विजिटिंग कन्सल्टेंट द्वारा भेजे जाने वाले अंतिम बिल में शामिल की जाएगी। दरों का विवरण अनुलग्नक-क में दर्शाया गया है।

1.2 Both outpatient and inpatient treatment and any other procedures under the approved package rates shall be extended on credit basis to all the CHSS beneficiaries and no separate registration fees, file charges etc. will be charged. Cost of all required medicines, investigations, blood & blood components (service charges excluding blood donor charges etc.) will be incorporated in the final bill to be submitted by the referral Hospital / Nursing Home/ Diagnostic Centre / Dental Clinics/ Pathological Lab. /Consultant / Visiting Consultant. The schedule of the rates is indicated in **Annexure A.**

1.3 पैकेज में उल्लिखित प्रोसिजरों के सभी वर्गों के उपचार के चार्ज अनुमोदन के अनुसार पैकेज दरों से वसूले जाएंगे। स्टेन्ट, वाल्व, पेस मेकर, इम्प्लांट, प्रोस्थेसिस, इत्यादि मदों की कीमत का प्रयोग, जो कि पैकेजों में शामिल नहीं की गई है, जरूरत पड़ने पर, केवल चिकित्सा अधीक्षक/ एमओआईसी के पूर्व अनुमोदन से किया जाएगा और तदनुसार वसूला जाएगा।

1.3 The charges for the treatment of all the categories of procedures under the Packages is to be charged according to the package rates wherever approved. The cost of the items like stent, valves, pace makers, implants, prosthesis etc. which is not included in the packages shall be used, if required, only with prior concurrence of the Medical Superintendent/MOIC and charged accordingly.

1.4 सर्जरी की उपयुक्तता के संबंध में सभी जांचें एडमिशन से पहले की जाएंगी, क्योंकि कोई भी किया जाने वाला प्रोसिजर पैकेज का हिस्सा है। जिस जरूरत के लिए मरीज को शुरू में अनुमति दी गई थी, उसे छोड़कर अन्य किसी भी महत्वपूर्ण/ अतिरिक्त प्रोसिजर/ जांच के लिए चिकित्सा अधीक्षक/ एमओआईसी की अनुमति आवश्यक होगी।

1.4 All investigations regarding fitness for the surgery will be done prior to the admission for any elective procedure are the part of package. For any material / additional procedure / investigation other than the requirement for which the patient was initially permitted, would require the permission of the Medical Superintendent/MOIC.

1.5 उपचार की जरूरत के अधीन यदि किसी पैकेज दर की गणना करना आवश्यक होता है तो वह अनुलग्नक-क में उल्लिखित दरों के अनुसार किया जाएगा। रूकने की अवधि में वृद्धि करने के लिए,

यदि वह रूकना सर्जिकल प्रोसिजर अथवा किसी अनुचित प्रोसिजर के फलस्वरूप होता है और न्यायोचित नहीं है तो किसी अतिरिक्त चार्ज की अनुमति नहीं होगी।

1.5 The package rate, if any, under the treatment requirement will be calculated as per the rate specified in Annexure-A. No additional charge on account of extended period of stay shall be allowed if that extension is due to any infection as a consequence of surgical procedure or due to any improper procedure and is not justified.

1.6 गैर-चिकित्सा मदों, जो पैकेज का हिस्सा नहीं हैं और नीचे वर्णित हैं, यदि मरीज को दी जाती हैं तो उनका बिल एनपीसीआईएल को नहीं भेजा जाएगा :

1.6 The non-medical items not the part of package as detailed below, if issued to the patient should not be billed to NPCIL :

a) टॉयलेट/ टिश्यू रॉल/पेपर

Toilet / Tissue rolls/papers

b) फेस टिश्यू

Face tissue

c) एअर फ्रेशनर

Air freshner

d) परफ्यूम

Eau-de-cologne

e) डायपर

Diapers

f) मरीज के संबंधियों/परिचर को यदि भोजन दिया गया

Food served to patients relatives/attendants, if any.

g) प्रसाधन सामग्री जैसे टूथपेस्ट, टूथब्रश, माउथवाश, साबुन जिसमें तैल (ओलिव/ओलियो) शामिल है, वेसलीन बॉडी लोशन, सैनिटरी वस्तुएं, इत्यादि

Toiletry items like tooth paste, tooth brush, mouth wash, soap including oil (olive/Olio), cream, Vaseline body lotion, sanitary items, etc.

h) टेलीफोन चार्ज

Telephone charges

i) पीने हेतु ग्लास

Drinking Glass

j) डिजिटल/ साधारण थर्मोमीटर

Digital / Ordinary Thermometers

k) बाह्य मरीज के लिए इंसुलिन सिरिंज/सुई

Insulin Syringe/needle for outpatient

l) चिकित्सा प्रमाणपत्र चार्ज, एडमिशन कार्ड/ रजिस्ट्रेशन चार्ज

Medical certificate charges, Admission Card/Registration charges.

m) बार्बर चार्ज/ रेजर चार्ज/ हेअर रिमूवर लोशन

Barber charges/ Razor charges / Hair remover lotion

n) केवल सौंदर्य कारण से लिया गया उपचार

Treatment purely on aesthetic reason

o) निजी नर्स/ परिचर चार्ज

Private Nurse/Attendant charges

p) मिनरल वाटर/ पैकेट बंद पेयजल

Mineral Water / Packaged Drinking water

q) दवा का डिब्बा

Medicine Box

r) मरीज को दिया गया कोई सप्लीमेंटरी प्रोटीनयुक्त खाद्य पदार्थ

Any supplementary protein foods given to the patient

s) मरीज के संबंधी को मिले कमरे का चार्ज

Patient relative holding room charge

t) सभी गैर एलोपेथिक दवाएं

All non-allopathic drugs and medicines.

1.7 प्रथम पक्षकार के लाभार्थी के लिए किसी भी निदान जांच, सर्जिकल प्रोसिजर और अन्य चिकित्सा उपचार के लिए प्रोसिजर और पैकेज दरें इस करार के वैधता अवधि के दौरान अपरिवर्तित रहेंगी और बढ़ाई नहीं जाएंगी। फिर भी, संशोधित सीजीएचएस/ सीएसएमए/ एचएसएस दरों को संबंधित चिकित्सालय/ नर्सिंग होम/ निदान केंद्र/ डेंटल क्लीनिक/ पैथोलॉजी लैब/ कन्सल्टेंट/ विजिटिंग कन्सल्टेंट के विशेष अनुरोध पर संबंधित अथॉरिटी द्वारा जारी अधिसूचना में संशोधन की तारीख से संशोधन तदनुसार जारी किया जा सकता है।

The procedure and package rates for any diagnostic investigation, surgical procedure and other medical treatment for beneficiary of First Party under this Agreement shall remain firm and not be increased during the validity period of this Agreement. However, the revised CGHS/CSMA/CHSS rates will be made effective on specific request of the Hospital/Nursing Home/ Laborotory/ Diagnostic Centre/ Dental Clinics/ Consultant/ Visiting Consultant from date of revision of notification by the respective authority and amendment can be issued accordingly.

1.8 द्वितीय पक्षकार केवल वे सेवाएं प्रदान करेंगे जिनके लिए उन्हें एनपीसीआईएल यूनिटों ने पार्टियों के बीच तय/ सहमति दर पर पैनल पर लिया है और वह बाध्यकारी होगा। किसी भी कारण से यदि चिकित्सालय को अन्य सेवाएं दिया जाना जरूरी होता है तो वह केवल चिकित्सा अधीक्षक/ एमओआईसी के अनुमोदन से दिया जाएगा और चार्ज एनपीसीआईएल यूनिटों द्वारा नजदीकी स्थान पर उसी उपचार के लिए तय किए गए चार्ज होंगे।

The Second Party shall provide services only for which it has been empanelled by NPCIL Units at the rate fixed / agreed between the Parties and shall be binding. Due to any reason, if any other services are required to be provided by the hospital, the same shall be provided only with the approval of Medical Superintendent/MOIC and the charges will be as per the charge fixed by NPCIL Units for the same treatment in the nearby locality.

1.9 चिकित्सालय मरीजों को चिकित्सा अधीक्षक/ एमओआईसी द्वारा निर्धारित फॉर्मेट में जारी किए गए अथॉरिटी लैटर के आधार पर एडमिट करेंगे।

The Hospital will admit the patients on the basis of the Authority letter issued by the Medical Superintendent/MOIC in the prescribed format.

1.10 द्वितीय पक्षकार उपचार/ जांच करा चुके लाभार्थियों की रिपोर्ट हर महीने मासिक आधार पर अनुवर्ती कैलेंडर माह की 10 तारीख तक निर्धारित फॉर्मेट में प्रथम पक्षकार को भेजेंगे।

The Second Party shall furnish reports on monthly basis by 10th day of the succeeding calendar month in the prescribed format to the First Party in respect of the beneficiaries treated / investigated.

1.11 जहां कहीं भी कंप्यूटरीकृत हॉस्पिटल मैनेजमेंट सिस्टम बनाया गया है वहां द्वितीय पक्षकार बिलों के साथ-साथ लाभार्थियों के मैडिकल रिकॉर्ड की सॉफ्ट कॉपी प्रथम पक्षकार को भेजेंगे।

The Second Party shall submit soft copy of medical records of beneficiaries along with the bills wherever computerized hospital management system exists to the First Party.

1.12 द्वितीय पक्षकार सहमति देते हैं कि चिकित्सा सेवाएं देने में अथवा निष्पादित करने में किसी भी चूक अथवा लापरवाही के कारण पैदा होने वाले किसी भी उत्तरदायित्व को पूरी तरह से केवल द्वितीय पक्षकार वहन करेंगे, जो कि ऐसी सेवाएं प्रदान करने में त्रुटि और / अथवा कमियों के लिए अकेले जिम्मेदार होंगे।

The Second Party agrees that any liability arising due to any default or negligence in providing or performance of the medical services shall be borne exclusively by the Second Party, which alone shall be responsible for the defect and / or deficiencies in rendering such services.

1.13 यहां यह सहमति बनाई जाती है कि लाभार्थियों के अंत:-रोगी उपचार के दौरान द्वितीय पक्षकार लाभार्थी अथवा उसके परिचार से अलग से बाहर से दवाएं/ विविध सामग्री/ उपकरण अथवा अनुषंगी वस्तुएं खरीदने के लिए नहीं कहेंगे और, जैसा कि पक्षकारों द्वारा सहमति बनाई है, पैकेज सौदे की दर पर उपचार देंगे, जिसमें सभी मदों की कीमत शामिल है। यदि ऐसी कोई शिकायत मिलती है तो उसे करार-भंग माना जाएगा और प्रथम पक्षकार द्वारा नियुक्त टीम द्वारा की गई जांच/ नियुक्त जांच, जैसा भी उचित समझा जाए, के आधार पर

उचित कार्रवाई, जिसमें पैनल से हटाया जाना और / अथवा इस करार की समाप्ति शामिल है, की जाएगी।

1.14 It is hereby agreed that during the In-patient treatment of the Beneficiaries, the Second Party will not ask the beneficiary or his / her attendant to purchase separately the medicines / sundries / equipment or accessories from outside and will provide the treatment within the package deal rate, as agreed by the Parties, which includes the cost of all the items. In case of any such complaint, the same shall be considered as a breach and appropriate action, including removing from the empanelment and / or termination of this Agreement, may be initiated against the Second Party on the basis of any investigation or enquiry, as deemed fit, carried out by teams / appointed by the First Party.

1.15 द्वितीय पक्षकार इन्फ्रास्ट्रक्चर/ कर्मचारियों की संख्या में कोई परिवर्तन होता है तो उसके बारे में तत्काल चिकित्सा अधीक्षक/ एमओआईसी को सूचित करेंगे। प्रथम पक्षकार की पूर्व अनुमति के बिना यदि स्थापना को किसी अन्य स्थान पर स्थानांतरित किया जाता है तो पैनल पर रखा जाना अस्थाई रूप से रोक दिया जाएगा। द्वितीय पक्षकार की नई स्थापना का पुन: निरीक्षण किया जाएगा और पैनल पर रखा जाना जारी रखना हॉस्पिटल एम्पैनलमेंट कमिटी द्वारा संतोषजनक निरीक्षण के अधीन होगा।

The Second Party shall immediately communicate to Medical Superintendent/MOIC about any change in the infrastructure / strength of staff. The empanelment will be temporarily withheld in case of shifting of the facility to any other location without prior permission of the First Party. The new establishment of the Second Party shall attract a fresh inspection

and empanelment will be continued subject to satisfaction of the inspection by the Hospital Empanelment Committee.

1.16 द्वितीय पक्षकार एक वार्षिक रिपोर्ट भेजेंगे जो कि प्राप्त हुए, एडमिट किए गए रैफरलों, प्रथम पक्षकार को भेजे गए बिलों, प्राप्त भुगतानों की संख्या और चिकित्सा अधीक्षक/ एमओआईसी को भेजी गई मासिक रिपार्ट के विवरण के बारे में होगी।

The Second Party will submit an annual report regarding number of referrals received, admitted, bills submitted to the First Party and payment received, details of monthly report submitted to the Medical Superintendent / MOIC.

1.17 किसी प्राकृतिक आपदा/ महामारी की स्थिति में द्वितीय पक्षकार प्रथम पक्षकार के प्राधिकारियों के साथ पूरा सहयोग करेंगे और उपचार के अलावा सभी जरूरी सूचना देंगे/ का खुलासा करेंगे।

In case of any natural disaster / epidemic, the Second Party shall fully cooperate with the authorities of the First Party and will convey / reveal all the required information, apart from providing treatment.

1.18 द्वितीय पक्षकार ऐसा कोई व्यावसायिक प्रचार नहीं करेंगे जिसमें प्रथम पक्ष का नाम सामने रखा गया हो। फिर भी, एनपीसीआईएल एम्पैनलमेंट ऑफ रैफरल हॉस्पिटल स्कीम के अधीन पैनल पर रखे जाने के तथ्य को पैनलबद्ध सेंटर परिसर में प्रदर्शित किया जा सकता है।

The Second Party will not make any commercial publicity projecting the name of the First Party. However, the fact of empanelment under NPCIL

Empanelment of Referal Hospitals Scheme may be displayed at the premises of the empanelled center.

1.19 द्वितीय पक्षकार प्रथम पक्षकार के लाभार्थी की केवल उसी स्थिति के लिए जांच/ उपचार करेंगे, जिसके लिए उन्हें रैफर किया गया है। एडमिशन के दौरान उन मरीजों की किसी अज्ञात आपात स्थिति के मामले में अनुमोदित उद्देश्य/ प्रोसिजर के लिए 'आपात स्थिति के उपबंध' लागू होंगे।

The Second Party will investigate / treat the beneficiary of the First Party only for the condition for which they are referred. In case of unforeseen emergencies of these patients during admission for approved purpose / procedure, 'provisions of emergency' shall be applicable.

1.20 द्वितीय पक्षकार मरीज को प्रथम पक्षकार के प्राधिकारियों की पूर्व अनुमति के बिना अन्य विशेषज्ञ/ अन्य चिकित्सालय के पास रैफर नहीं करेंगे। जब भी कभी मरीज को पुन: रैफर किए जाने की जरूरत हो, संबंधित चिकित्सा अधीक्षक/ एमओआईसी को पूर्व सूचना दी जाएगी।

The Second Party will not refer the patient to other specialist / other hospital without prior permission of authorities of the First Party. Prior intimation shall be given to concerned Medical Superintendent/MOIC whenever patient needs further referral.

2.0 चिकित्सालयों/ नर्सिंग होमों/ निदान केंद्रों/ डेंटल क्लीनिकों/ पैथेलॉजिकल लैबों के कर्त्तव्य और जिम्मेदारियां

DUTIES AND RESPONSIBILITIES OF HOSPITALS / NURSING HOMES/ DIAGNOSTIC CENTRES / DENTAL CLINICS PATHOLOGICAL LABS.

द्वितीय पक्षकार का यह कर्त्तव्य और जिम्मेदारी होगी कि वह हमेशा वर्तमान कानूनों के अधीन अथवा के अनुसार वैध रजिस्ट्रेशन, मान्यता और अपनी सेवाओं और स्वास्थ्य देखभाल की उच्च गुणवत्ता और मानक हासिल करे, बनाकर रखे और सभी सांविधिक / अनिवार्य लाइसेंस, परमिट अथवा संबंधित प्राधिकारियों के अनुमोदन रखे।

It shall be the duty and responsibility of the Second Party at all times, to obtain, maintain and sustain the valid registration, recognition and high quality and standard of its services and healthcare and to have all statutory / mandatory licenses, permits or approvals of the concerned authorities under or as per the existing laws".

3.0 करार अवधि में चिकित्सालयों/ नर्सिंग होमों/ निदान केंद्रों/ डेन्टल क्लीनिकों/ पैथोलॉजिकल लैबों की सत्यनिष्ठा और बाध्यताएं

HOSPITALS / NURSING HOMES/DIAGNOSTIC CENTRES / DENTAL CLINICS/ PATHOLOGICAL LABS. INTEGRITY AND OBLIGATIONS DURING AGREEMENT PERIOD

द्वितीय पक्षकार आधुनिक पद्धतियों और आर्थिक सिद्धांतों का प्रयोग करते हुए और उपलब्ध सभी उपायों को काम में लेते हुए करार के अनुसार सभी संविदागत बाध्यताओं के प्रति जिम्मेदार और आचरण के लिए बाध्य हैं जिससे करार में उल्लिखित प्रदर्शन प्राप्त किया जा सके। द्वितीय पक्षकार अपने कार्मिकों की गतिविधियों का प्रबंध करने के लिए जिम्मेदार हैं और उनके गलत कार्यों, लापरवाही, कदाचरण अथवा सेवाओं में कमी के लिए, यदि कोई होती है तो, स्वयं को जिम्मेदार ठहराएंगे।

The Second Party is responsible for and obliged to conduct all contractual obligations in accordance with the Agreement using state-of-the-art methods and economic principles and exercising all means available to achieve the performance specified in the Agreement. The Second Party is responsible for managing the activities of its personnel and will hold itself responsible for their misdemeanors, negligence, misconduct or deficiency in services, if any.

4.0 आपात स्थिति में उपचार

TREATMENT IN EMERGENCY

4.1 इस करार में किसी भी उल्लेख के बावजूद, आपात स्थिति में, द्वितीय पक्षकार सीएचएसएस लाभार्थी को एडमिशन देने से मना नहीं करेंगे अथवा अग्रिम की मांग नहीं करेंगे, बल्कि, सामान्य स्थिति की तरह संबंधित मरीज को, यदि कोई पैकेज दर है तो उस सहित, अनुमोदित दरों पर उपचार देंगे। द्वितीय पक्षकार के लिए आवश्यक है कि फैक्स से चिकित्सा अधीक्षक/ एमओआईसी को सूचित करें और 24 घंटे के अंदर उनसे रैफरल फॉर्म प्राप्त करें। यदि कोई मरीज आपात स्थिति

में लिया जाता है तो लागू चार्ज पैकेज दर सहित, जहां लागू हैं, केवल अनुमोदित दरों के अनुसार होंगे और आपात स्थिति के कारण कोई भी आपात चार्ज अथवा कोई अतिरिक्त चार्ज देय नहीं होंगे।

4.1 Notwithstanding anything contained in this agreement, in case of emergency, the Second Party shall not refuse admission or demand advance from the CHSS beneficiary, but should provide the treatment as in the usual course for the concerned patient as per the approved rates including package rates, if any. The Second Party is required to inform the Medical superintendent/MOIC by FAX and obtain Referral Form from him/her within 24 hours. If any patient is taken up in emergency, charges applicable will be as per the approved rates including Package Rate only wherever applicable and no emergency charges or any additional charge on account of the emergency will be payable.

5.0 समाप्ति

5.0 TERMINATION

5.1 यह करार कोई भी पक्षकार दूसरे पक्षकार को 30 दिनों की सूचना देकर समाप्त किया जा सकता है।

5.1 This agreement can be terminated by either of the party by giving 30 days notice in writing to the other party.

5.2 फिर भी, करार भंग के लिए अन्य उपाय के प्रति कोई पूर्वाग्रह रखे बिना द्वितीय पक्षकार को लिखित सूचना के जरिए प्रथम पक्षकार इस करार को समाप्त कर सकते हैं :

5.2 However, the First Party may, without prejudice to any other remedy for breach of Agreement, by written notice to the Second Party may terminate the Agreement in whole or part:

a. यदि करार के अधीन द्वितीय पक्षकार अपनी किसी बाध्यता को पूरा नहीं कर पाते हैं।

If the Second Party fails to perform any of its obligation(s) under the Agreement.

b. यदि प्रथम पक्षकार के निर्णय में द्वितीय पक्षकार प्रतियोगिता में अथवा करार के निष्पादन में भ्रष्ट अथवा धोखाधड़ीपूर्ण कार्यों में लिप्त हुए हैं।

If the Second Party in the judgment of the First Party has indulged in corrupt or fraudulent practices in competing for or in executing the Agreement.

c. द्वितीय पक्षकार द्वारा करार के उपबंधों के किसी उल्लंघन की स्थिति में जैसे (लेकिन इतने तक सीमित नहीं), सेवा देने से मना करना, पात्र लाभार्थियों को क्रेडिट सुविधाएं देने से मना करना और प्रथम पक्षकार के लाभार्थियों से सीधे चार्ज करना, कम अथवा त्रुटिपूर्ण सेवा, अधिक धनराशि की बिलिंग करना और उपचार में लापरवाही करना।

In case of any violation of the provisions of the Agreement by the Second Party such as (but not limited to), refusal of service, refusal of credit facilities to eligible beneficiaries and direct charging from the Beneficiaries of the First Party, deficient or defective service, over billing and negligence in treatment.

5.3 यदि द्वितीय पक्षकार किसी अनैतिक, अवैध अथवा गैरकानूनी गतिविधियों में लिप्त अथवा संबद्ध पाए जाते हैं तो प्रथम पक्षकार करार को तुरंत बिना किसी सूचना के निलंबित कर देंगे और उसके बाद कारण बताओ सूचना देने और उसके उत्तर पर, यदि कारण बताओ सूचना प्राप्त किए

जाने के 10 दिनों के अंदर कोई उत्तर आता है तो, विचार करने के बाद करार को समाप्त कर सकते हैं।

5.3 If the Second Party is found to be involved in or associated with any unethical, illegal or unlawful activities, the Agreement will be summarily suspended without any notice by the First Party and thereafter may terminate the Agreement, after giving a show cause notice and considering its reply if any, received within 10 days of the receipt of show cause notice.

6.0 क्षतिपूर्ति

6.0 INDEMNITY

द्वितीय पक्षकार इस करार के अधीन सेवाएं देने में अथवा उनके संबंध में उनके द्वारा किए गए किसी भी कार्य अथवा कार्य करने के उद्देश्य के खिलाफ किए गए अथवा लाए गए सभी कार्यों, मुकदमों, दावों और मांगों से प्रथम पक्षकार को सदैव क्षतिपूर्ति उपलब्ध कराएंगे और क्षतिपूर्ति युक्त रखेंगे और प्रथम पक्षकार को जिम्मेदार अथवा कर्त्तव्यमुक्त रखेंगे।

The Second Party shall at all times, indemnify and keep indemnified the First Party against all actions, suits, claims and demands brought or made against it in respect of anything done or purported to be done by the Second Party in execution of or in connection with the services under this Agreement will not hold the First Party responsible or obligated.

7.0 भुगतान

7.0 PAYMENT

सभी जरूरी और समर्थक दस्तावेजों के साथ बिल प्रस्तुत किए जाने के 60 दिन की अवधि के अंदर द्वितीय पक्षकार को भुगतान किया जाएगा।

The payment will be made to the Second Party within a period of 60 days from the date of submission of the bill accompanied with all necessary and supporting documents.

8.0 अवधि

8.0 DURATION

यह करार तीन (03) वर्षों की अवधि के लिए अथवा इसे संशोधित किए जाने अथवा बहाल किए जाने, इनमें से जो पहले हो, लागू रहेगा। इस करार को पक्षकारों की पारस्परिक सहमति से समय विस्तार दिया जा सकता है।

The Agreement shall remain in force for a period of three (03) years or till it is modified or revoked, whichever is earlier. The Agreement may be extended for further period with mutual consent of the Parties.

9. 0 मध्यस्थता

9. 0 ARBITRATION

9.1 इस करार की वजह से पैदा होने वाले किसी भी विवाद/ मतभेद का हल दोनों पक्षकारों की सहमति से परस्पर मिलकर निकाला जाएगा। फिर भी, यदि, परस्पर चर्चा से विवाद/ मतभेद का हल नहीं निकलता है तो उस स्थिति में उसे सीएमडी, एनपीसीआईएल द्वारा नियुक्त किए जाने वाले एकमात्र मध्यस्थ द्वारा हल किए जाने के लिए भेजा जाएगा। वह मध्यस्थता समय समय पर संशाधित किए जाने वाले मध्यस्थता एवं समाधान अधिनियम, 1996 से शासित होगी।

9.1 Any dispute/difference arising out of this Agreement shall be mutually resolved with the consent of both the parties. However, in case, the disputes/difference could not be resolved through mutual discussion, in that case the same shall be referred for resolution by the sole arbitrator to be appointed by CMD, NPCIL. The arbitration shall be governed by the Arbitration and Conciliation Act, 1996 as amended from time to time.

10.0 विविध

10.0 MISCELLANEOUS

10.1 इस करार के अधीन किसी भी बात का आशय प्रथम पक्षकार और द्वितीय पक्षकार के बीच स्वामी एवं सेवक अथवा प्रधान एवं एजेंट का कोई अधिकार अथवा कोई संबंध स्थापित करने अथवा निर्मित करने के रूप में नहीं लिया जाएगा।

10.1 Nothing under this Agreement shall be construed as establishing or creating any right or any relationship of Master and Servant or Principal and Agent between the First Party and the Second Party.

10.2 द्वितीय पक्षकार स्थिति, नाम, इत्यादि, जैसा भी मामला हो, में परिवर्तन जैसे किसी भी परिवर्तन को, यदि वह परिवर्तन इस करार के अधीन द्वितीय पक्षकार के प्रदर्शन अथवा बाध्यता पर कोई प्रभाव डालता हो तो, प्रथम पक्षकार को सूचित करेंगे।

10.2 The Second Party shall notify the First Party of any change as to the status, change of name etc. as the case may be, if such change would have an impact on the performance of obligation of the Second Party under this Agreement.

10.3 इस करार को केवल दोनों पक्षकारों द्वारा हस्ताक्षरित लिखित करार के बाद ही संशोधित अथवा परिवर्तित किया जा सकता है।

10.3 This Agreement can be modified or altered only on written agreement signed by both the parties.

10.4 यदि द्वितीय पक्षकार समाप्त अथवा भंग अथवा दिवालिया जो जाते हैं तो प्रथम पक्षकार को इस करार को समाप्त करने का अधिकार होगा। इस करार की समाप्ति द्वितीय पक्षकार अथवा उनके वारिसों, उत्तराधिकारियों, समनुदेशियों और वैध प्रतिनिधियों को इस करार के अधीन द्वितीय पक्षकार द्वारा दी गई सेवाओं के संबंध में जिम्मेदारियों से मुक्त नहीं करेगी।

10.4 If the Second Party is wound up or dissolved or become insolvent, the First Party shall have the right to terminate the Agreement. The termination of Agreement shall not relieve the Second Party or their heirs, successors, assigns and legal representatives from the liability in respect of the services provided by the Second Party under the Agreement.

10.5 सिवाय प्रथम पक्षकार की लिखित अनुमति के, जो कि पूरी तरह केवल प्रथम पक्षकार के विवेकाधीन होगा और ऐसे निबंधन एवं शर्तों पर जिन्हें प्रथम पक्षकार उचित समझें, द्वितीय पक्षकार इस करार के अधीन निष्पादन हेतु अपनी बाध्यताओं को पूरी तरह अथवा आंशिक रूप से नहीं सौंपेंगे। फिर भी, ऐसा कोई सौंपा जाना, द्वितीय पक्षकार को इस करार के अधीन उनकी जिम्मेदारी अथवा बाध्यता से मुक्त नहीं करेगा।

10.5 The Second Party shall not assign, in whole or in part, its obligations to perform under the agreement, except with the prior written consent of the First Party at its sole discretions and on such terms and conditions as deemed fit by the First Party. However, any such assignment shall not relieve the Second Party from its liability or obligation under this agreement.

11.0 नोटिस

11.0 NOTICES

11.1 इस करार के अनुसरण में एक पक्षकार द्वारा दूसरे को दिया गया कोई भी नोटिस दूसरे पक्षकार को लिखित में निम्नलिखित पते पर स्पीड पोस्ट के जरिए भेजा जाएगा अथवा अथवा अनुलिपि के बाद डाक से मूल प्रतिलिपि भेजकर उसकी पुष्टि की जाएगी।

11.1 Any notice given by one party to the other pursuant to this Agreement shall be sent to other party in writing by Speed Post or by facsimile and confirmed by original copy by post to the other Party's address as below.

चिकित्सा अधीक्षक/एमओआईसी .

Medical Superintendent/MOIC.

चिकित्सालय/ नर्सिंग होम/ निदान केंद्र / पैथोलॉजी लैब/ डेन्टल क्लिीनिक/ कन्सल्टेंट / विजिटिंग कन्सल्टेंट का पता :

Hospital / Nursing Home/ Diagnostic Centre / Pathological Lab/ Dental Clinic / Consultant/ Visiting Consultant with address:

(…………………………………………………………………………)

इसके साक्ष्य में पक्षकारों ने इस करार को ऊपर शुरू में उल्लिखित दिन, महीना और वर्ष को हस्ताक्षरित और निष्पादित किया है।

IN WITNESSES WHEREOF, the parties have caused this Agreement to be signed and executed on the day, month and the year first above mentioned.

हस्ताक्षरकर्ता Signed by

एनपीसीआईएल यूनिट के प्राधिकृत प्रतिनिधि मुहर सहित
Authorized Representative of NPCIL Unit with Seal
(प्रथम पक्षकार First Party)

इनकी उपस्थिति में
In the Presence of
(साक्षी Witnesses)

1.
2.

हस्ताक्षरकर्ता Signed by

कृते एवं वास्ते (चिकित्सालयों/ नर्सिंग होमों/ निदान केंद्रों/ डेंटल क्लीनिकों/ पैथोलॉजी लैबों/ कन्सल्टेंटों/ विजिटिंग कन्सल्टेंटों)

(चिकित्सालयों/ नर्सिंग होमों/ निदान केंद्रों/ डेंटल क्लीनिकों/ पैथोलॉजी लैबों/ कन्सल्टेंटों/ विजिटिंग कन्सल्टेंटों) के संकल्प संख्या ... तारीख ... द्वारा यथाविधि प्राधिकृत

For and on behalf of (Hospitals /Nursing Homes/ Diagnostic Centres / Dental Clinics/ Pathological Labs./Consultants/Visiting Consultants)

Duly authorized vide Resolution No. ……… dated …….

of (name of Hospitals / Nursing Homes/Diagnostic Centres / Dental Clinics/

Pathological Labs.)

(द्वितीय पक्षकार Second Party)

इनकी उपस्थिति में

In the Presence of

(साक्षी Witnesses)

1.

2.

ध्यान दें : यह फॉर्मेट चिकित्सालयों/ नर्सिंग होमों/ निदान केंद्रों/ डेंटल क्लीनिकों/ पैथोलॉजी लैबों/ कन्सल्टेंटों/ विजिटिंग कन्सल्टेंटों के लिए कॉमन है. **[**जो जागू न हो उसे काट दें].

NOTE : The agreement format is common for Hospitals / Nursing Homes/ Diagnostic Centres / Pathological Labs**/** Dental Clinics/ Consultants/Visiting Consultants. **[S**trick off which is not applicable].