

उत्तराखण्ड नागरिक उड्डयन विकास प्राधिकरण

दून हैलीड्रोम, सहस्त्रधारा रोड़, ग्राम-कुल्हान, देहरादून-248001

ईमेल- ucadadoon@gmail.com

पत्रांक सं० 3317/विज्ञापन/यूकाडा/2020-21

दिनांक 30/07/2020

पार्ट टाइम डॉक्टर की आवश्यकता

सहस्त्रधारा हैलीड्रोम पर हैलीकाप्टर पायलेटस/अभियन्ता/तकनीकी कर्मचारियों की प्री फ्लाइट मेडिकल एक्जामिनेशन करने के लिए एक एम०बी०बी०एस० डॉक्टर की आवश्यकता है। इच्छुक डॉक्टर अपनी निविदा दिनांक 12 अगस्त, 2020 के अपराहन 2 बजे तक यूकाडा कार्यालय में जमा कर सकते हैं जो उसी दिन अपराहन 3 बजे खोली जायेगी। नियम, फार्म एवं शर्तें यूकाडा की वेबसाइट www.ucada.in पर उपलब्ध है।

मुख्य कार्यकारी अधिकारी

पार्ट टाइम डॉक्टर की आवश्यकता

सहस्त्रधारा हैलीड्रोम पर हैलीकाप्टर पायलेट्स की प्री फ्लाइट मेडिकल एक्जामिनेशन करने के लिए एक डॉक्टर की आवश्यकता है। इच्छुक डॉक्टर अपनी निविदा दिनांक 12 अगस्त, 2020 के अपहराहन 2 बजे तक यूकाडा कार्यालय में जमा कर सकते हैं जो उसी दिन अपराहन 3 बजे तक खोली जायेगी। नियम व शर्तें यूकाडा की वेबसाइट www.ucada.in पर उपलब्ध है।

शर्तें:-

1. डॉक्टर के पास न्यूनतम एम0बी0बी0एस0 की डिग्री होनी चाहिए।
2. डॉक्टर को प्रतिदिन सहस्त्रधारा हैलीड्रोम पर कम से कम दो घण्टे पूर्वान्ह बैठना होगा।
3. सहस्त्रधारा हैलीड्रोम में प्रतिदिन होनी वाली समस्त हैलीकाप्टर फ्लाइट के पायलेट्स की प्री फ्लाइट मेडिकल एक्जामिनेशन करना होगा। इनके लिए यूकाडा द्वारा ब्रेथ एनलाइजर मशीन उपलब्ध करायी जायेगी।
4. हैलीड्रोम पर कार्यरत सभी अधिकारी/कर्मचारी एवं यात्रीगण भी डॉक्टर की सेवाएं निःशुल्क ले सकेंगे।
5. इमरजेंसी में डॉक्टर को हैलीड्रोम पर बुलाया जा सकता है।
6. आवास से आने एवं जाने के लिए डॉक्टर को स्वयं की व्यवस्था करनी होगी।
7. हैलीड्रोम पर अवस्थान के अतिरिक्त चाहे प्रातः या अपराहन में किसी ऑपरेटर को फ्लाइट के लिए प्री फ्लाइट मेडिकल एक्जामिनेशन कराना होगा तो पायलेट स्वयं की व्यवस्था पर मशीन के साथ डॉक्टर के आवास अथवा क्लीनिक पर मेडिकल टेस्ट करा सकेंगे।
8. अनुबन्धित होने वाले डॉक्टर को एक माह में प्राप्त होने वाली वेतन की धनराशि को जमानत राशि के रूप में एफडी/डिमान्ड ड्राफ्ट के रूप में जमा करनी होगी।
9. उपरोक्त कार्यों का 02 वर्षों का अनुभव रखने वाले करने वाले एम0बी0बी0एस0 डॉक्टर को वरीयता दी जायेगी।

वित्तीय पत्र

मैं डॉक्टरपुत्र

पता.....

.....उपरोक्त शर्तों के अधीन हैलीकाप्टर पायलेट्स की प्री फ्लाइट में मेडिकल एक्जामिनेशन के लिए प्रति माह रु0.....(शब्दों में)

.....) चार्ज करूंगा।

संलग्नक अभिलेख

1. हस्ताक्षर
2. नाम—
मोबाईल नं0—