



भारतीय चिकित्सा एवं होम्योपैथी भेषजसंहिता आयोग

आयुष मंत्रालय, भारत सरकार

कमला नेहरू नगर, गाजियाबाद (उ.प्र.) एन.सी.आर. दिल्ली - 201002

PHARMACOPOEIA COMMISSION FOR INDIAN MEDICINE & HOMOEOPATHY

Ministry of AYUSH, Govt. of India

Kamla Nehru Nagar, Ghaziabad (U.P.), NCR Delhi - 201002



Tel: (+91)120- 2787014

2787016

2783156

Email: dir.pcimh-ayush@gov.in

Website: www.pcimh.gov.in

फाइल सं पीसीआईएम&एच/E.12036/2020-21/ 3241

दिनांक: 18 फरवरी, 2021

(विज्ञापन संख्या 02/2020)

परिपत्र

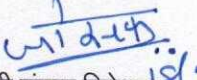
भारतीय चिकित्सा एवं होम्योपैथी भेषजसंहिता आयोग (पीसीआईएम&एच) गाजियाबाद, में निम्नलिखित पात्रता मानदंड और शर्तों के अनुसार आईटी सलाहकार -01 तथा तकनीकी डाटा एसोसिएट (आईटी) - 02 की सेवाओं को काम पर रखने (नियुक्ति) का प्रस्ताव है

क्र.सं.	पद का नाम	आयु सीमा	पदों की संख्या	योग्यता	मासिक पारिश्रमिक (समेकित)
1	आई टी सलाहकार	64 साल	01	<p>आवश्यक:</p> <ol style="list-style-type: none"> आईटी / कंप्यूटर साइंस में स्नातक या एमसीए आईटी, वेबसाइट, आदि से संबंधित मामलों को संभालने में 5 साल का अनुभव और विषय वस्तु से से निपटने में भली भांति पारंगत होना चाहिए। <p>वांछित:</p> <ol style="list-style-type: none"> उत्कृष्ट बातचीत कौशल और पर्याप्त ज्ञान के साथ पारस्परिक कौशल व्यक्तियों को वरीयता प्रदान की जाएगी। 	₹. 50,000/-
2	तकनीकी डाटा सहयोगी	64 साल	02	<p>आवश्यक:</p> <ol style="list-style-type: none"> आई टी में डिप्लोमा या सर्टिफिकेट कोर्स के साथ किसी भी विषय में स्नातक, मान्यता प्राप्त संस्थान से कंप्यूटर से संबंधित पाठ्यक्रम। आई टी, कंप्यूटर आदि से संबंधित मामलों को संभालने में 5 साल का अनुभव और विषय वस्तु से निपटने में अच्छी तरह से पारंगत होना चाहिए। <p>वांछित:</p> <ol style="list-style-type: none"> उत्कृष्ट बातचीत कौशल और पर्याप्त ज्ञान के साथ पारस्परिक कौशल व्यक्तियों को वरीयता प्रदान की जाएगी। 	₹. 31,500/-

पात्र व आवश्यक योग्यता और अनुभव इत्यादि रखने वाले इच्छुक आवेदक, निर्धारित प्रोफार्मा में आवेदन (प्रारूप पीसीआईएम&एच की वेबसाइट <https://pcimh.gov.in/> तथा आयुष मंत्रालय की वेबसाइट www.ayush.gov.in पर उपलब्ध है) के साथ नवीनतम बायोडेटा, स्वयं सत्यापित सहायक दस्तावेज और दो पासपोर्ट आकार के हाल के फोटो सहित आवेदन कर सकते हैं। लिफाफे के ऊपर आवेदित पद का नाम लिखकर डाक द्वारा डाक द्वारा या हस्तगत- निदेशक, भारतीय चिकित्सा और होम्योपैथी भेषजसंहिता आयोग, एम-ब्लॉक सेक्टर-23 के सामने, कमला नेहरू नगर, गाजियाबाद 201002 को भेज सकते हैं या dir.hpl-ayush@gov.in पर ईमेल तथा कॉपी dr.lalittiwari@gov.in कर सकते हैं।

टिप्पणी-

1. नियुक्ति विशुद्ध रूप से अनुबंध के आधार पर होगी और नियुक्ति जारी रखने या नियमित/स्थायी रखन का कोई दावा स्वीकार नहीं होगा।
2. अनुबंध आरंभ में अधिकतम एक वर्ष की अवधि के लिए होगा जिसे वर्ष से वर्ष के आधार पर आगे बढ़ाया जा सकता है जो कि कार्यात्मक आवश्यकताओं और कार्य निष्पादन के मूल्यांकन के अधीन होगा।
3. अनुबंध के आधार पर कंसल्टेंट्स और तकनीकी डेटा एसोसिएट की नियुक्ति क्रमशः आयुष मंत्रालय और स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय में सलाहकारों के लिए दिशानिर्देशों के अधीन होंगे।
4. आवेदन प्राप्त होने की अंतिम तिथि को उम्मीदवारों की पात्रता का निर्धारण किया जाएगा।
5. छांटे गए उम्मीदवारों को साक्षात्कार के लिए बुलाया जाएगा।
6. साक्षात्कार में भाग लेने के लिए कोई टीए / डीए का भुगतान नहीं किया जाएगा।
7. आवेदनों को प्राप्त करने की अंतिम तिथि **29 मार्च 2021** है। अंतिम तिथि के बाद प्राप्त या निर्धारित दस्तावेजों के बिना प्राप्त या बगैर निर्धारित प्रोफार्मा में प्राप्त आवेदन निरस्त माने जाएंगे और इस संबंध में कोई पत्राचार स्वीकार्य नहीं होगा।
8. निदेशक, पीसीआईएम एवं एच के पास आवेदन को स्वीकार करने या अस्वीकार करने और किसी भी कारण को बताए बिना साक्षात्कार को टालने या रद्द करने का अधिकार सुरक्षित है।


प्रभारी संयुक्त निदेशक

भारतीय चिकित्सा एवं होम्योपैथी भेषजसंहिता आयोग (आयुष मंत्रालय) गाजियाबाद
अनुबंध के आधार पर परामर्शदाता और तकनीकी डाटा एसोसिएट के लिए आवेदन फार्म

1. व्यक्तिगत विवरण:

1. आवेदित पद का नाम
2. आवेदक का नाम
3. पिता / पति का नाम
4. जन्म तिथि
5. राष्ट्रीयता
6. स्थायी पता
7. ई मेल
8. मोबाइल नं.
9. सेवानिवृत्ति से पूर्व सरकारी सेवा में अंतिम धारित पद.....
तथा संस्था का नाम
10. अंतिम धारित पद का वेतन लेवल/ ग्रेड वेतन
11. दो संदर्भों के नाम/पते जो आपको जानते हों
1
- 2

स्वयम सत्यापित
फोटो

2. शैक्षिक योग्यताएं: (स्वप्रमाणित प्रतियाँ संलग्न करें)

क्रम सं	डिग्री /डिप्लोमा	

3. व्यावसायिक कार्य अनुभव: (स्वप्रमाणित प्रतियाँ संलग्न करें)

क्रम सं	संगठन का नाम	सेवानिवृत्ति से पूर्व धारित पद	सेवा की अवधि

मैं पूरी तरह से पुष्टि करता हूँ कि उपरोक्त विवरण सत्य है और मैं समझता हूँ कि नियुक्ति के बाद यदि कोई विवरण गलत व असत्य पाया जाता है तो मैं सेवा से बर्खास्त होने के लिए उत्तरदायी होऊंगा।

दिनांक

हस्ताक्षर