

शासकीय स्वशासी महात्मा गाँधी स्मृति चिकित्सा महाविद्यालय, इन्दौर (म.प्र.)

क्रमांक / 17774 / स्था / वि / स्व / 2019

इन्दौर, दिनांक  
24/11/19

// कार्यालयीन आदेश //

म.प्र.शासन चिकित्सा शिक्षा विभाग मंत्रालय भोपाल के आदेश दिनांक 17.10.2019 के द्वारा शासकीय/स्वशासी चिकित्सा शिक्षकों को पूर्व में जारी छटवें वेतनमान के स्थान पर पुनरीक्षित वेतनमान स्वीकृत किया गया है। जिसके पैरा 03 में उल्लेखित विवरणानुसार सातवें वेतनमान हेतु विकल्प का प्रारूप परिशिष्ट 02, परिशिष्ट 04 में भर यथाशीघ्र कार्यालय में उपलब्ध करावें।

सातवें वेतनमान हेतु विकल्प का प्रारूप परिशिष्ट 02, परिशिष्ट 04 कार्यालय की वेबसाईट पर उपलब्ध है।

*plindd*  
मुख्य कार्यपालन अधिकारी एवं अधिष्ठाता  
शा.स्व.म.गाँ.स्मृति चिकित्सा महाविद्यालय, इन्दौर  
इन्दौर, दिनांक

पृ.क्रमांक / ————— / स्था / वि / स्व / 2019

प्रतिलिपि-सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु-

1. अधीक्षक म.य.चि./कैंसर चिकित्सालय/मानसिक चिकित्सालय/चाचा नेहरू बाल चिकित्सालय इन्दौर।
2. प्राध्यापक एवं विभागाध्यक्ष समस्त विभाग।
3. प्रशासकीय अधिकारी स्थानीय कार्यालय।
4. लेखा शाखा स्थानीय कार्यालय।

//  
मुख्य कार्यपालन अधिकारी एवं अधिष्ठाता  
शा.स्व.म.गाँ.स्मृति चिकित्सा महाविद्यालय, इन्दौर

प्रपत्र-तीन  
वचन पत्र (Undertaking)

मुझे यह ज्ञात है कि दिनांक 01-01-2016 से स्वीकृत मध्यप्रदेश वेतन पुनरीक्षण नियम, 2017 के प्रावधानों के अंतर्गत मेरा जो वेतन नियतन अभी पुनरीक्षित वेतन मेट्रिक्स में किया गया है वह अनन्तिम (Provisional) है । मैं वचन देता/देती हूँ कि मैं राज्य शासन को वह संपूर्ण राशि जो कि वेतन नियतन में अनियमितता के कारण तथा अन्य कोई भी धनराशि जो कि इस प्रकार वेतन नियतन के कारण मुझे अधिक भुगतान की गई है, शासन के निर्देशों के अनुरूप निर्धारित राशि वापस करूंगा/करूंगी तथा इस प्रकार की राशि मेरे देय स्वत्वों से जिनमें- पेंशन, ग्रेच्युटी एवं अवकाश नगदीकरण की राशि भी सम्मिलित है, काटी जा सकेगी । मैं यह भी वचन देता/देती हूँ कि यदि उक्तानुसार मेरे द्वारा देय राशि को मैं लौटाने में असमर्थ रहता/रहती हूँ, तो इस देय राशि की वापसी के लिए मैं अपने उत्तराधिकारियों, निष्पादकों, प्रतिनिधियों ओर समनुदेशितियों को आबद्ध करता/करती हूँ । मैं यह भी सहमति देता/देती हूँ कि मेरे द्वारा देय राशि मुझसे राजस्व की बकाया के रूप में वसूल कर ली जाए ।

साक्षी

हस्ताक्षर शासकीय कर्मचारी

हस्ताक्षर

पदनाम

पता-

स्थान

दिनांक

दिनांक

दूसरी अनुसूची

विकल्प का प्ररूप  
(नियम 6 देखें)

\* (i) मैं ----- दिनांक 01 जनवरी, 2016 से  
लागू संशोधित वेतन ढांचे का चयन करता हूँ / करती हूँ ।

अथवा

\* (ii) मैं ----- अपने मूल/स्थानापन्न पद के वेतन बैंड और ग्रेड  
वेतन में निम्नानुसार आगे भी बने रहने के विकल्प का चयन करता/करती हूँ जब तक कि:-

\* मेरी अगली वेतन वृद्धि की दिनांक, या

\* मेरी बाद की वेतनवृद्धि की दिनांक जिससे मेरे वेतन ----- रूपये हो जाए, या

\* मैं, मौजूदा वेतन बेण्ड में वेतन लेना बंद कर दूँ/छोड़ दूँ, या

\* ----- के पद पर मेरा पदोन्नति/उन्नयन की तारीख तक बने रहने तक ।

विद्यमान वेतन बैंड और ग्रेड वेतन -----

दिनांक-----

स्थान-----

\* यदि लागू न हो तो काट दिया जाए

कार्यालय में विकल्प प्राप्त होने की दिनांक-----

हस्ताक्षर-----

नाम-----

पदनाम-----

कार्यरत कार्यालय का नाम-----

कार्यालय प्रमुख के हस्ताक्षर पदमुद्रा सहित