

अनुबंध I



आवेदन फार्म

भारतीय रिज़र्व बैंक, कोलकाता में संविदा आधार पर प्रति घंटे नियत पारिश्रमिक पर चिकित्सा परामर्शदाता (एमसी) की नियुक्ति

हाल ही का पासपोर्ट
आकार का फोटो
चिपकाएँ

1	पूरा नाम : श्री/श्रीमती/कुमारी. (स्पष्ट अक्षरों में लिखें, उपनाम पहले दें)		
2	पिता/पति का नाम:		
3	(a) पता:	आवास:	औषधालय:
	(b) फोन नं.	लैंडलाइन :	मोबाइल नं.
	(c) ई-मेल आईडी:		

4 निम्न पते पर स्थित बैंक की औषधालय से अनुमानित दूरी:

क्र म. सं ख्या	औषधालय का पता	से दूरी (किलोमीटर में)	
		आवेदक के आवास से दूरी	औषधालय/अस्प ताल जहाँ आवेदक वर्तमान में कार्यरत है, से दूरी
i.	भारतीय रिज़र्व बैंक, मुख्य भवन परिसर औषधालय (एमओपीडी), 13, एन.एस. रोड, कोलकाता- 700001		

ii.	आरबीआई स्टाफ क्वार्टर, दमदम क्वार्टर्स औषधालय, 1/बी, बी के पॉल लेन, दमदम, कोलकाता - 700030		
iii.	आरबीआई स्टाफ क्वार्टर, सॉल्ट लेक क्वार्टर्स औषधालय, एलबी ब्लॉक, सेक्टर III, सॉल्ट लेक, कोलकाता - 700098		
iv.	आरबीआई स्टाफ क्वार्टर, सिंघी पार्क क्वार्टर औषधालय, 16/5, डोवर लेन, सिंघी पार्क, कोलकाता - 700029		
v.	आरबीआई अधिकारी क्वार्टर, उल्टाडांगा क्वार्टर्स औषधालय, उल्टाडांगा, कोलकाता - 700067		
vi.	आरबीआई वरिष्ठ अधिकारी क्वार्टर, अलीपुर क्वार्टर औषधालय, न्यू रोड, अलीपुर, कोलकाता - 700027		

5	जन्म तिथि और आयु 01 नवम्बर 2025 को:	जन्म तिथि: आयु: वर्ष माह दिन				
6	जन्म स्थान एवं मूल निवास स्थान:					
7	राष्ट्रियता:					
8	श्रेणी-उपयुक्त बॉक्स पर (✓) निशान लगाएं	अनुसूचित जाति	अनुसूचित जनजाति	अन्य पिछड़ा वर्ग	आर्थिक रूप से कमजोर वर्ग	अनारक्षित/ सामान्य

9	शैक्षिक योग्यता (प्राप्त डिग्री/डिप्लोमा उच्चतम से निम्नतम के क्रम में दर्शाएँ)			
क्र. सं. छा	डिग्री/डिप्लोमा	विश्वविद्यालय/बोर्ड	उत्तीर्ण होने का वर्ष	प्रतिशत

10	आवेदक द्वारा चिकित्सा के क्षेत्र में उत्तीर्ण किसी अन्य पाठ्यक्रमों का विवरण:		
क्र.संख्या	कोर्स का नाम	संस्थान	कोर्स पूरा करने का वर्ष

11	अनुभव का विवरण (केवल स्नातक के बाद प्राप्त अनुभव ही बताया जाए)					
	क्रम संख्या	अनुभव	से	तक	अवधि	
					वर्ष	माह
(क) अस्पताल (फिजिशियन के रूप में)						
(ख) जेनरल प्रैक्टिशनर के रूप में						

12	कोई अन्य सूचना जो आवेदक अपने आवेदन के पक्ष में देना चाहते/चाहती हैं:
----	--

मैं एतद् द्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा इस आवेदन फार्म में दी गई जानकारी और विवरण सत्य और सही हैं। मैं यह भी नोट करता हूँ कि यदि उपरोक्त में से कोई भी सूचना गलत या असत्य होती है या यदि कोई महत्वपूर्ण जानकारी या विवरण छुपाई गई है या छोड़ दी गई है, तो मेरा/मेरी नियोजन बिना नोटिस या उसके बदले में मुआवजे के बिना निरस्त किया/ की जा सकेगा/सकेगी। मैंने विज्ञापन में दी गई शर्तों को पढ़ और समझ लिया है तथा मैं उनका पालन करने का वचन देता हूँ।

(आवेदक का हस्ताक्षर)

स्थान:

दिनांक:

अनुदेश

1. आवेदन फार्म में सभी विवरण आवेदक द्वारा पूर्ण रूप से भरे जाएँ क्योंकि अपूर्ण फार्म अस्वीकार किए जाएंगे।
2. आयु, शैक्षणिक योग्यता, अनुभव, जाति, मेडिकल काउंसिल ऑफ इंडिया द्वारा जारी पंजीकरण प्रमाण पत्र की प्रति आदि से संबंधित प्रासंगिक प्रमाणपत्रों की स्व-सत्यापित प्रतियां आवेदन पत्र के साथ संलग्न की जानी चाहिए।
3. यदि उम्मीदवार किसी संस्थान के लिए चिकित्सा अधिकारी के रूप में काम कर रहा/रही है, तो उसके विवरण और कार्य के घंटे का उल्लेख करें। (यदि अभ्यर्थी किसी संस्थान में चिकित्सा अधिकारी के पद पर कार्यरत है तो उसका विवरण तथा कार्य समय दर्शाया जाना चाहिए।)
4. जो आवेदन निर्धारित प्रारूप में नहीं होंगे या अपेक्षित दस्तावेजों/प्रमाणपत्रों की प्रतियों के साथ नहीं होंगे, उन्हें सरसरी तौर पर खारिज कर दिया जाएगा।