



OFFICE OF THE SUPERINTENDENT
GOVERNMENT MEDICAL COLLEGE & HOSPITAL PURNEA
(BIHAR)

Line Bazar Purnea – 854301 (Bihar)
(An Institution of Govt. of Bihar)

Write us:- superintendentgmcpurnea@gmail.com

Visit us:- <https://gmchpurnea.com>

Letter No.-.....

Date-...../...../2026

विज्ञापन संख्या-01/जी0एम0सी0एच0पूर्णियों/2026

राजकीय चिकित्सा महाविद्यालय एवं अस्पताल, पूर्णियों में रोगी कल्याण समिति का गठन एवं सदस्यता हेतु आवेदन आमंत्रित करने के लिए सूचना।

बिहार सरकार, स्वास्थ्य विभाग के संकल्प ज्ञापांक-349 (1), दिनांक-03 मार्च, 2006 द्वारा राज्य के सभी मेडिकल कॉलेज अस्पतालों में मुख्य रूप से स्वास्थ्य/उपचार सुविधाओं को निर्धारित मानकों के अनुरूप उपलब्ध कराने/रोगियों के समस्याओं का ससमय निदान सुनिश्चित करने, आदि उद्देश्यों को दृष्टिपथ पर रखते हुए रोगी कल्याण समिति के गठन का निर्णय लिया गया, जिसमें पंजीकृत मेडिकल NGO तथा गैर सरकारी पुरुष/महिला लाभार्थी का आवेदन लिया जाना है।

आवेदन पत्र के साथ संलग्न किये जाने वाले वांछित कागजात/प्रमाण पत्र:-

- ❖ पंजीकृत मेडिकल NGO से संबंधित प्रमाण पत्र।
- ❖ गैर सरकारी पुरुष/महिला लाभार्थी जो GMCH पूर्णियों में ईलाजरत रहे हो, का ओ0पी0डी0 पंजीकरण पर्ची।
- ❖ आवेदक का तीन रंगीन पासपोर्ट साईज फोटो एवं सभी शैक्षणिक योग्यता प्रमाण पत्र की स्व अभिप्रमाणित छायाप्रति।

आवेदन पत्र प्राप्ति की अंतिम तिथि:-

पंजीकृत मेडिकल NGO तथा गैर सरकारी पुरुष/महिला लाभार्थी सभी कागजातों को बंद लिफाफे में (दिनांक- 25.02.2026 से 11.03.2026 तक) निबंधित डाक/स्पीड पोस्ट द्वारा अधीक्षक कार्यालय, राजकीय चिकित्सा महाविद्यालय एवं अस्पताल, पूर्णियों के पते पर स्वीकार किये जायेंगे। किसी भी परिस्थिति में अंतिम तिथि (दिनांक-11.03.2026 के अपराहन 05 बजे) के बाद आवेदन पत्र स्वीकार नहीं किये जायेंगे।

लिफाफे के ऊपर निम्नांकित विवरण अंकित किया जाना अतिआवश्यक है।

- ❖ विज्ञापन संख्या-
- ❖ किस पद के लिए आवेदन किया है।

नोट:- आवेदक द्वारा दिये गये गलत अथवा भ्रामक सूचना के आधार पर चयन होने की स्थिति में समर्पित आवेदन को अस्वीकार कर दी जायेगी।

8/19/2026

रोगी कल्याण समिति (RKS) सदस्यता हेतु आवेदन पत्र

आवेदक का नाम:

पिता/पति का नाम:

जन्म तिथि:/...../.....

लिंग:- पुरुष/महिला/ट्रांसजेंडर:

शैक्षणिक योग्यता:

पेशा/व्यवसाय:

पूरा पता:.....

.....

मोबाइल नंबर:

ईमेल (यदि हो):

आधार संख्या:

समिति में जुड़ने का उद्देश्य:

पूर्व अनुभव (यदि कोई हो):.....

घोषणा (Declaration)

मैं यह घोषणा करता/करती हूँ कि उपर्युक्त दी गई सभी जानकारी मेरे ज्ञान के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई जानकारी गलत पाई जाती है, तो मेरी सदस्यता निरस्त की जा सकती है।

दिनांक:-

स्थान:-

हस्ताक्षर:-

नाम:-

15/12/22