



સામાજિક સુરક્ષા કોવાડીયા ટ્રસ્ટ-મોડાસા.

રજી. નં. : એફ-૨૬૧૫/સાબરકાંઠા/૨૦૦૫

મેડીકલેઈમ માટેનું ફોર્મ

તા. / /૨૦૧

પ્રતિશ્રી,
પ્રમુખશ્રી / મહામંત્રીશ્રી,
સામાજિક સુરક્ષા કોવાડીયા ટ્રસ્ટ,
મોડાસા.

વિષય : મેડીકલેઈમ અંગે

શ્રીમાન,

સવિનય જણાવવાનું કે હું ઉપરોક્ત સંસ્થામાં વાર્ષિક / એફ.ડી.આર. મેમ્બર છું. મારો નંબર..... છે. સદરહુ અરજી મારી / મારા..... ની છે. તેમને ની બિમારી થયેલ છે. હોસ્પિટલ/દવાના બીલો આ સાથે રજૂ કરું છું. તો ઘટતી કાર્યવાહી કરવા વિનંતી.

અરજી કરનારનું પુરૂ નામ : _____
દર્દીનું આખું નામ : _____ ઉંમર : _____
હાલનું સરનામું : _____
ટેલીફોન નંબર : (ઘર) _____ (ઓ) _____ (મો.) _____
આ રોગની શરૂઆત ક્યારથી થયેલ છે. _____
રોગનો પ્રકાર / અકસ્માતનો પ્રકાર _____
મુળ વતન : _____ વ્યવસાય : _____ વાર્ષિક આવક : _____

દવાના બીલની રકમ રૂ. _____
ડૉક્ટરના બીલ રકમ રૂ. _____
હોસ્પિટલના બીલની રકમ રૂ. _____
લેબોરેટરીના બીલની રકમ રૂ. _____
અન્ય રૂ. _____
કુલ રૂ. _____

અરજદારના બેન્ક ખાતાની માહિતી
બેન્કનું નામ _____
શાખાનું નામ _____
ગામ _____
ખાતા નં. _____
ખાતાનો પ્રકાર _____

બીલ મોકલનારનું નામ / સહી

- નોંધ : (૧) ભવિષ્યમાં આ ફોર્મની જરૂર હોય તો ઝેરોક્ષ કરી પોતાની પાસે રાખવું. આ ફોર્મ સિવાય મેડીકલેઈમ મંજૂર થશે નહિં.
(૨) ઉપરની અરજી સાથે દવાના બીલો / ડૉક્ટરના પ્રિક્રીપશન સાથે જોડવા તથા ફિટનેશ સર્ટિફિકેટ/દર્દની માહિતી / દર્દીની ઉંમર વગેરે અચૂક લખવી. ડૉક્ટરના પ્રિક્રીપશન વગર દવાનું બીલ માન્ય ગણવામાં આવશે નહી તેની નોંધ લેવી.
(૩) મારો સ્ટેટ બેંક ઓફ ઈન્ડીયા અથવા બરોડા બેંકનો સેવીંગ્સ ખાતા નં..... છે. (ખાતા નંબર અચૂક લખવો)