



સામાજિક સુરક્ષા કોવાડીયા ટ્રસ્ટ-મોડાસા.

આશિષ હોસ્પિટલ સામે, કડીયાવાડા રોડ, મોડાસા-૩૮૩૩૧૫, ફોન : ૨૪૬૮૩૭ પી.પી. (મંડળ કાર્યાલય)

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 એફ.ડી.આર. મેમ્બર છું. મારો નંબર.....છે. મારી જન્મ તારીખછે. સદર હું અરજી મારી / મારા..... ની છે. તેમનો.....ની બિમારી થયેલ છે. હોસ્પિટલ/દવાના બીલો આ સાથે રજૂ કરું છું. તો ઘટતી કાર્યવાહી કરવા વિનંતી. (સર્ટિફિકેટ / પહોંચની ઝેરોક્ષ અવશ્ય મોકલવી)

અરજી કરનારનું પુરૂ નામ : _____

દર્દીનું આખું નામ : _____ ઉંમર : _____

હાલનું સરનામું : _____

ટેલીફોન નંબર : (ઘર) _____ (ઓ) _____ (મો.) _____

આ રોગની શરૂઆત કયારથી થયેલ છે. _____

રોગનો પ્રકાર / અકસ્માતનો પ્રકાર _____

મુળ વતન : _____ વ્યવસાય : _____ જન્મ તારીખ : _____

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) સાથે મેમ્બરની પહોંચ અથવા સર્ટિફિકેટની ઝેરોક્ષ મોકલવી.

(૨) આ અરજી સાથે દવાના બીલો / ડૉક્ટરના પ્રિકીપશન સાથે જોડવા તથા ફિટનેશ સર્ટિફિકેટ/દર્દની માહિતી /

દર્દીની ઉંમર વગેરે અચૂક લખવી. ડૉક્ટરના પ્રિકીપશન વગર દવાનું બીલ માન્ય ગણવામાં આવશે નહીં તેની નોંધ લેવી.