

પરિશિષ્ટ-૨
(અનુસુચિત -નિયમ-૧૦-હેઠળ)
દરેક દર્દી દીઠ અલગ અલગ ભરવું

૧. સરકારી કર્મચારીનું નામ :
- હોદ્દો :
- પગાર :
૨. કચેરી વિભાગનું નામ :
૩. તાત્કાલિક ફરજ ઉપર હોય તે સ્થળનું નામ :
૪. નિવાસ સ્થાનનું સરનામું :
૫. માંદગીનું સ્થળનું નામ :
૬. દર્દીનું નામ/ઉંમર અને કર્મચારી સાથેનો સંબંધ :
૭. જ્યાં સારવાર લીધી હોય તે દવાખાનું/
હોસ્પિટલનું નામ અને વિગતો
(અ) સરકારી :
(બ) સરકાર માન્ય :
(ક) અન્ય :
૮. ભરના/અંદરના દર્દી તરીકે સારવાર લીધી :
હોય તેની વિગત
૯. તબીબી સારવાર પૂરી પાડનાર તબીબી કે :
અધિકારીએ આપવાના પ્રમાણપત્રનો નમુનો

આથી હું પ્રમાણિત કરું છું કે શ્રી/શ્રીમત.....ને
.....માં નોકરી કરતા શ્રી.....પુત્ર/પુત્રી/માતા/પિતા/પત્ની
.....અમદાવાદ.હોસ્પિટલ/દવાખાનામાં મારા કન્સલ્ટીંગ રૂમ ખાતે તા.....થી
તારીખ.....સુધી.....ના રોગ માટે મારી સારવાર હેઠળ છે.અને મે લખી આપેલ દવા
દર્દીની હાલત સુધારવા/વધુ ગંભીર થતી અટકાવવા માટે જરૂરી હતી સામાન્ય રીતે સ્ટોકમાં રાખવામાં આવતી
નથી/સામાન્ય રીતે સ્ટોકમાં રાખવામાં આવે છે એવી દવાઓ હોસ્પિટલના સ્ટોકમાં નથી અને તેમજ જેના માટે આટલી જ
ઔષધીય મહત્વ ધરાવતી સસ્તા પ્રદાથ પ્રાપ્ય હોય એવી બનાવટોનો સમાવેશ થતો નથી.ઉપરોક્ત રોગ નિયમિત કે
અસચમી ટેવોથી પ્રત્યક્ષ રીતે થયેલ છે કે ઉગ્ર થયેલ છે /નથી

૧૦. દવાની વિગત

ક્રમ	દવાનું નામ	ચુકવેલ રકમ

(ખ) તબીબી સારવાર દરમ્યાન હોસ્પિટલમાં થયેલ અન્ય ખર્ચની વિગત.

દા.ત. (૧) ઓપરેશન

(૨) લેબોરેટરી ખર્ચ વિગેરે

(આઇટમ મુજબ દર્શાવવી)

(ગ) કુલ રકમ માટે દાવો કર્યો

(ઘ) સામાન્ય દવાઓ તથા નહિ મળવાપાત્ર કુલ ખર્ચ

(ચ) ચોખી મળવાપાત્ર કુલ રકમ (રૂપિયા)

(અંકે રૂપિયા.....)

સહી:

નામ:

અધિકૃત ચિકિત્સકની સમી સહી અને સિક્કો

સહી:

નામ:

હોસ્પિટલ ખાતે હવાલો ધરાવતા તબીબી અધિકારીની સહી અને નામ

સરકારી કર્મચારીનું કબુલાતનામું

૧. આથી હું જાહેર કરું છું કે, મારા જ્ઞાન અને ધારણા મુજબ આ અરજી પત્રકમાં દર્શાવેલ વિગતો સત્ય છે. જેના માટે તબીબી સારવારનો ખર્ચ થયો છે તે વ્યક્તિ સંપૂર્ણપણે મારા આશ્રિત છે. અને તેઓની આવક રૂપિયા ૫૦૦/ થી વધારે નથી.

૨. મે તબીબી ભથ્થું સ્વીકારવાનો વિકલ્પ આપેલ છે/ નથી

૩. મારા આશ્રીતનો અનુસૂચિમાં દર્શાવેલ સમય દરમ્યાન તબીબી/આયુર્વેદિક દવાખાના/હોસ્પિટલમાં સારવાર લીધેલ છે/ નથી.

સ્થળ: અમદાવાદ

તારીખ:.....

સરકારી કર્મચારીની સહી અને નામ

કચેરીનું નામ