



સ્થાપના વર્ષ-૧૯૬૨ (રજી. નં. ઓ/૧૮૨૨/ભ૩૩)

# શ્રી પંચોલી સેવા સમાજ મહામંડળ સંચાલિત તબીબી સહાય અરજી પત્ર

❖ અરજદારનું નામ :.....  
અરજદારની ઉંમર : ..... વ્યવસાય : .....

❖ અરજદારનું પત્ર વ્યવહારનું સરનામું : .....  
..... પીનકોડ નં. : .....

❖ ફોન નં. (ઘર) ..... (ઓ) ..... મો. : .....

❖ કુટુંબના સભ્યની આવક વિગત :

ક્રમ	નામ	ઉંમર	અરજદાર સાથેનું સગપણ	માસિક આવક
૧	.....	.....	.....	.....
૨	.....	.....	.....	.....
૩	.....	.....	.....	.....

❖ અરજદારના બેંકના ખાતાની વિગત :

ખાતેદારનું નામ : .....

બેંકનું નામ : ..... શાખા : .....

ખાતાનો પ્રકાર : ..... ખાતાનો નંબર : .....

❖ સારવાર લીધેલ સભ્યનું નામ : .....

સારવાર લીધેલ રોગની વિગત : .....

સારવાર લીધાની તારીખ : ..... થી ..... સુધી

હોસ્પિટલનું નામ અને સરનામું .....

કુલ ખર્ચની રકમ : રૂ. ....

(હોસ્પિટલનું બીલ + લેબોરેટરી બીલ + દવાના બીલની ઝેરોક્ષ અવશ્ય મોકલવી)

મેડીકલેમ હોય તો તેની વિગત : .....

**નોંધ : હિસાબી વર્ષ દરમિયાન માત્ર એક જ વાર સહાય આપવામાં આવશે.**

**અરજી સાથે બેંકના પાસબુકની પ્રથમ પાનાની ઝેરોક્ષ**

**અથવા ચેકની ઝેરોક્ષ અવશ્ય મોકલવી.**

.....  
અરજદારની સહી

અરજી મોકલવાનું સરનામું

(પાછળ જુઓ)

તબીબી સેવા સંકુલ-અધ્યક્ષ  
**ડો. વિરમય મહેશભાઈ મિસ્ત્રી**  
સ્માઈલ ડેન્ટલ ક્લીનિક, પો.બો.નં.-૨,  
પ્રકાશ શોપીંગ સેન્ટર  
ITI કોલેજ સામે, સ્ટેશનરોડ, અંકલેશ્વર-૧  
મો. : ૯૭૨૭૯ ૪૭૩૦૦

તબીબી સેવા સંકુલ-મંત્રી  
**શ્રી પારસભાઈ મનુભાઈ મિસ્ત્રી**  
'પ્રમુખ રેફરીજેશન' એફ-૬૨, હેક્ષજોન આર્ટ્સ  
જયાબેન હોસ્પિટલ પાસે, વાલીયારોડ,  
જી.આઈ.ડી.સી., અંકલેશ્વર-૨  
મો. : ૯૮૨૫૩ ૬૩૦૦૨

## ભલામણ પત્ર

શ્રી.....ની અરજીમાં લખેલ વિગત તપાસીને ખાતરી કરી છે.

અને એ વિગતો સાચી છે આથી તેમને સહાય કરવાની ભલામણ કરું છું.

એકમનું નામ : .....

હોદ્દો : પ્રમુખ/ઉપપ્રમુખ/મંત્રી/સહમંત્રી

(એકમનો રબર સ્ટેમ્પ)

હોદ્દેદારનું નામ : ..... સહી : .....

સરનામું : .....

.....

ફોન : ..... મો. : .....