

राजस्थान विश्वविद्यालय

चिकित्सा प्रतिपूर्ति अग्रप्रेषण – पत्र (केवल पेंशनभोगी हेतु)

दिनांक :

1. आवेदनकर्ता का नाम :
2. सेवानिवृत्ति की दिनांक :
3. पी.पी.ओ. संख्या :
4. घर का पता :
5. मोबाइल नं. :
6. बैंक का विवरण :
(क) बैंक का नाम :
- (ख) खाता संख्या :
- यदि स्वयं के लिये नहीं है तो रोगी से
7. आवेदक का सम्बन्ध :
8. चिकित्सा प्रतिपूर्ति राशि :
- (क) औषधि का मूल्य :
- (ख) प्रयोगशाला शुल्क :
- योग :
- जिस चिकित्सा अधिकारी से परामर्श किया गया है :
9. उसका नाम, अस्पताल का नाम जिससे सम्बन्ध :
- है। :
10. मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरा/मेरी पत्नी/पति मुझ पर पूर्णतया निर्भर है।

पेंशनभोगी के हस्ताक्षर

लेखा एवं वित्त विभाग के प्रयोग हेतु

वाउचर संख्या दिनांक राशि

रु

राशि रु चैक संख्या

का भुगतान किया जाये।

दिनांक द्वारा भुगतान किया गया।

अनुभागाधिकारी (चैक संख्या)

क्लसचिव/उप-क्लसचिव (लेखा एवं वित्त)

परमावश्यक प्रमाण-पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि श्री / श्रीमति / कुमारी / पति /
 पत्नि / पुत्र / पुत्री / माता / पिता / भाई / बहिन / कुमारी / श्रीमति
 पी.पी.ओ. संख्या अस्पताल / इन्डोर / आउटडोर में मेरे परामर्श कक्ष में /
 मेरे उपचार हो रहा / रही है। इस सम्बन्ध में मेरे द्वारा निर्धारित निम्नलिखित औषधियां रोगी की दशा में हो रही गंभीर
 गिरावट को रोकने / रोगी के पुनः स्वस्थ होने के लिए
 में संग्रहीत नहीं की जाती और इसमें ऐसी प्रोप्राइटरी औषधियां (प्रिपेरेन्शस)
 सम्मिलित नहीं हैं जिनके लिए समानगुण वाले (थैराप्युटिक वैल्यू के) सस्ते पदार्थ प्राप्त हैं अथवा जो मूलतः भोज्य
 प्रसाधन या निसंक्रामक श्रेणी में आते हो :-

(कृपया औषधियों के नाम साफ-साफ अक्षरों में लिखें)

बीजक संख्या व तारीख	औषधियों का नाम (स्पष्ट अक्षरों में अंकित किये जाये)	रूपये	पैसे
---------------------	---	-------	------

..... रुपये योग

अधिकृत चिकित्सक के हस्ताक्षर एवं मोहर

1. प्रमाणित किया जाता है कि रोगी से पीड़ित है/था और तारीख
 से तक मेरे उपचार में है/था।
2. मैंने उनके निवास स्थान पर दिनांक को समय रात्रि/दिन बजे
 बार उसकी परीक्षा की, क्योंकि उसकी स्थिति गंभीर थी तथा उसका अस्पताल में लाया जाना उसके
 जीवन के लिए खतरनाक या घातक सिद्ध हो सकता था। मैंने अपना परीक्षण शुल्क
 रुपये प्राप्त किया।

अधिकृत चिकित्सक के रजिस्टर का क्रम संख्या
 दिनांक

अधिकृत चिकित्सक के हस्ताक्षर एवं मोहर