

महानगर टेलीफोन लिगम लिमिटेड, मुंबई

(चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावा संबंधी फार्म)

कर्मचारी का नाम _____

स्टाफ नंबर _____

वेतन _____

यूनिट का नाम _____

(क) मैं _____ स्टाफ नंबर _____ यह प्रमाणित करता/करती हूँ कि

(1) मैंने डॉ _____ के अधीन उनके क्लिनिक में/मेरे निवास स्थान _____

के अधीन उनके क्लिनिक में/मेरे निवास स्थान पर उपचार लिया है।

(2) मुझपर आश्रित पत्नि / पति / पुत्र / पुत्री / पिताजी / माताजी, जो कि मेरे द्वारा पहले से ही सुचित है, ने भी

डॉ _____ के अधीन उनके क्लिनिक में/मेरे निवास स्थान _____

पर उपचार प्राप्त किया है।

(ख) मैं चिकित्सा से संबंधित निम्नलिखित प्रस्तुत कर रहा हूँ।

(1) डॉ द्वारा दी गई दवा की पर्ची

(2) केश मेमो नं.

राशि

केश मेमो नं.

राशि

(i) _____

(vi) _____

(ii) _____

(vii) _____

(iii) _____

(viii) _____

(iv) _____

(ix) _____

(v) _____

(x) _____

(3) दवा की आपूर्ति/इंजेक्शन चार्जस हेतु डॉ का बिल

(4) डॉ द्वारा दिये गये परामर्श हेतु भुगतान की रसीद

(5) जांच की रसीद

(6) विशेष शुल्क की रसीद

(7) अन्य दावा

मेरे द्वारा दावा किया गया कुल राशि

परामर्श शुल्क रु _____

कुल केश मेमो रु _____

जांच बिल रु _____

कुल राशि रु _____

(ग) मेरे द्वारा यह प्रमाणित किया जाता है कि प्रस्तुत किया गया दावा सत्य और सही है।

मेरा मूल वेतन _____ रूपये है

हस्ताक्षर _____

नाम _____

पदनाम व स्टाफ नं. _____

दिनांक _____

स्थान _____

(नियंत्रण अधिकारी के हस्ताक्षर)

केवल कार्यालय प्रयोग के लिये

दावा संवीक्षक-

जिन मदों के खर्च की अनुमति नहीं है उन्हें अस्वीकृत करके रु. _____ की राशि के लिये स्वीकृति है।

(रूपये _____)

कृपया रु. _____ का भुगतान कीजिये।

(रूपये _____)

श्री/श्रीमती/कुमारी को _____

लेखाधिकारी (नकद-संचरण)

एम.टी.एन.एल.मुंबई

उत्तरोत्तर कुल राशि रूपये _____

प्रमाणित किया जाता है कि इसकी प्रविष्टि रजिस्टर में कर ली गई है।

भुगतान प्राप्त _____

हस्ताक्षर _____

महंगाई भत्ता-

नोट-

1. अनावश्यक भाग को निकाल दिया जाए।

2. स्वयं के और परिवार के चिकित्सा दावे अलग-अलग प्रस्तुत किये जाये।