

આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગ, (ગુ.રા)ના તા.૧૦/૩/૮૩ ના  
ઠરાવ ક્રમાંક:એમ.એ.જી/૧૦૮૧/૮૦૨/૮૩/ઘ/પ, થી કરાવેલ અનુસુચિ-૧

પરિશિષ્ટ-૨

અનુસુચિ-૧

( નિયમ ૧૦ હેઠળ ) ( દરેક દર્દી દીઠ અલગ ભરવું. )

(૧) સરકારી કર્મચારીનું પૂરેપૂરું નામ :

(૨) હોદ્દો :

પગાર :

કચેરીનું નામ :

(૩) તાત્કાલિક ફરજ ઉપર હોય તે સ્થળનું નામ :

વિભાગ :

નિવાસ સ્થાનનું સરનામું :

(૪) દર્દીનું નામ, ઉંમર અને કર્મચારી સાથેનો સંબંધ :

(૫) માંદગીના સમયના સ્થળ નું નામ :

જ્યાં સારવાર લીધી હોય તે દવાખાનું/હોસ્પિટલનું નામ અને વિગત :

(અ) સરકારી:

(બ) સરકારમાન્ય:

(ક) અન્ય:

(૬) બહારના/અંદરના દર્દી તરીકે સારવાર લીધી હોય

તેની વિગત :

(૭) તબીબી સારવાર પુરી પાડનાર કે તબીબી અધીકારીએ આપવાના પ્રમાણપત્રનો નમુનો

આથી હું પ્રમાણિત કરું છું કે શ્રી/શ્રીમતી/કુમારી \_\_\_\_\_

તે \_\_\_\_\_ માં નોકરી કરે છે/કરતા શ્રી/શ્રીમતી/કુમારી

\_\_\_\_\_ ના પુત્ર/પુત્રી/પતિ/પત્નિ/\_\_\_\_\_ હોસ્પિટલ/દવાખાનું/મારા

કન્સલ્ટીંગ રૂમ ખાતે \_\_\_\_\_ થી \_\_\_\_\_ સુધી \_\_\_\_\_ રોગ માટે મારી સારવાર હેઠળ છે

અને મેં લખી આપેલી દવા દર્દીની હાલત સુધરવા/વધુ ગંભીર થતી અટકાવવા માટે જરૂરી હતી.

સામાન્ય રીતે સ્ટોકમાં રાખવામાં આવતી નથી/ સામાન્ય રીતે સ્ટોકમાં રાખવામાં આવે છે. એવી દવાઓ

હોસ્પિટલમાં સ્ટોકમાં નથી અને તેમાં જેનાં માટે એટલાં જ ઔષધિય મહત્વ ધરાવતાં સસ્તો પદાર્થ

પ્રાપ્ત હોય એવી સસ્તી તત્વવાળી બનાવટો તેમજ પ્રાથમિક રીતે ખોરાક, ટોનીક, પ્રસાધન કે જંતુનાશક

હોય તેવી બનાવટોનો સમાવેશ થતો નથી, રોગ \_\_\_\_\_ અનિયમિત કે અસંયમી

ટેવોથી પ્રત્યક્ષ રીતે થયેલ કે વધેલ કે ઉગ્ર બનેલ છે/નથી.

(લ) વિગત :

(ક)	દવાનું નામ	ચુકવાયેલ રકમ રૂ.	મળવાપાત્ર રકમ રૂ.

(ખ)	તબીબી સારવાર દરમ્યાન હોસ્પિટલમાં થયેલ અન્ય ખર્ચની વિગત, આઈટેમ મુજબ દર્શાવવી દા.ત.	
	ઓપરેશન	લેબોરેટરી ખર્ચ વિગેરે

(ગ) કુલ રકમ માટે દાવો કર્યો (રૂ.) :

અમાન્ય દવાઓનો નહિ મળવાપાત્ર ખર્ચ (રૂ.) :

ચોખ્ખી રકમ (રૂ.) :

સહી/-

સહી/-

નામ/-

નામ/-

અધીકૃત ચિકિત્સકની સામી સહી અને સિક્કા

હોસ્પિટલ ખાતે કેસનો હવાલો ધરાવતા તબીબી  
અધીકારીની 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 અને જેના માટે તબીબી સારવારનો ખર્ચ થયો છે, તે વ્યક્તિ સંપૂર્ણપણે મારા આશ્રિત છે.
- (૨) મેં તબીબી ભથ્થુ સ્વીકારવાના વિકલ્પ આપેલ છે/નથી.
- (૩) મેં/મારા આશ્રિતે અનુસુચિમાં દર્શાવેલ સમય દરમ્યાન તબીબી આયુર્વેદિક દવાખાના/હોસ્પિટલમાં સારવાર લીધેલ છે/નથી.

સ્થળ :

સરકારી કર્મચારીની સહી :

તારીખ :

ઓફીસનું નામ :

Forwarded by:

No.

Date:

To,  
The Medical Officer,  
University Health Centre  
The M. S. University of Baroda, Vadodara