

भारत संचार निगम लिमिटेड  
निगम मुख्यालय

वाह्य चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावे का फार्म

1. कर्मचारी/अधिकारी का नाम -
2. पदनाम -
3. कर्मचारी सं.:-
4. मूल वेतन+ मंहगाई भत्ता (01-04-2010) -
5. शाख/अनुभाग/कार्यालय का नाम -
6. रोगी का नाम -
7. कर्मचारी के साथ संबंध -
8. रोगी का उम्र -
9. बिमारी का नाम/प्रकार -
10. अस्पताल/डॉक्टर का नाम व पता -
11. दावे का विवरण(डॉक्टर की सलाह पर्ची, बिल इत्यादि संलग्न करें)

	बिल सं.	राशि
क सलाह शुल्क		
ख जाँच		
ग दवाईयां		
घ कृत्रिम उपयंत्र		
च विशेष उपचार (फिजियोथेरापी, योग इत्यादि)		
छ अन्य		
	कुल राशि -	
(रूपये		)

मैं यह घोषणा करता हूँ कि उपरोक्त सभी सूचनायें मेरे जानकारी के अनुसार सही व सत्य हैं तथा जिस व्यक्ति के चिकित्सा प्रतिपूर्ति हेतु दावा प्रस्तुत किया गया है वे मेरे ऊपर पूरी तरह निर्भर हैं।

कर्मचारी का हस्ताक्षर  
दूरभाष सं.