



ધી નવાનગર કો-ઓપરેટીવ બેંક લિ.

૧૦૦૦-૦૨-૨૦૨૩

રજી. ઓફિસ : નવાનગર બેંક ભવન, હીરજી મીસ્ત્રી રોડ, પ્રણામી સ્કૂલ સામે,
જામનગર - ૩૬૧૦૦૪. ફોન : ૨૫૬૩૯૮૪ / ૨૫૬૩૯૮૫

પ્રતિ

મુખ્ય કાર્યકારી અધિકારીશ્રી,
ધી નવાનગર કો.ઓપ. બેંક લી.
જામનગર.

તારીખ : _____

સભાસદ નં. : _____

વિષય : સભાસદ કલ્યાણ ફંડમાંથી મેળવવાપાત્ર તબીબી ખર્ચ અંગેની અરજી

૦૧. સભાસદનું નામ : _____
સરનામું : _____
ફોન નંબર : (ઓ) _____ (ઘર) _____ (મો. નં.) _____
૦૨. દર્દીનું નામ : _____ દર્દીની ઉંમર : _____
સભાસદ સાથેનું સગપણ : _____ દર્દીનો વ્યવસાય : _____
૦૩. દાખલ થયા તા. _____ ઓપરેશનની તા. _____ રજા આપ્યા તા. _____
૦૪. શસ્ત્રક્રિયાનો પ્રકાર : _____
૦૫. ડોક્ટર / હોસ્પિટલનું નામ : _____
૦૬. શસ્ત્રક્રિયા માટે તેમજ આનુસંગિક તબીબી સારવાર માટે થયેલ ખર્ચની વિગતો જેનાં બીલો / પર્મિટો તથા ડિસ્ચાર્જ સર્ટીફિકેટ આ સાથે બીડેલ છે. જેની વિગત પાછળ આપેલ છે. જે મુજબ કુલ ખર્ચ રૂ. _____ થયેલ છે. આ ઉપરાંત ચાલુ નાણાકીય વર્ષ દરમિયાન મને/અમોને આ યોજના હેઠળ કુલ રૂ. _____ ની સહાય મળેલ છે. જેની નોંધ લેવા પણ વિનંતી છે.

આથી હું પ્રમાણિત કરું છું કે ઉપર જણાવેલ વિગત ખરી છે અને આ ખર્ચની રકમ મેં ભોગવેલ છે. તો આ ખર્ચની મળવાપાત્ર રકમ બેંકના ધારા ધોરણ મુજબ સભાસદ કલ્યાણ ફંડમાંથી ચુકવશો.

ઉપરોક્ત રકમ મારા _____ શાખાના સેવિંગ્સ / કરન્ટ / સી.સી. /
ઓ.ડી. ખાતા નં. _____ માં જમા આપશો. _____ આપનો વિશ્વાસુ,

■ બીડાણ :

(સભાસદની સહી)

ફક્ત બેંકના ઉપયોગ માટે

સાથે જોડેલ બિલોની નકલો અસલ સાથે સરખાવેલ છે.

ઇન્વર્ડ નંબર _____

ઉપર જણાવેલ વિગતો ચકાસેલ હોય તેમજ પેટા નિયમ ૧૧ (૬) હેઠળ સભાસદ તરીકેના હકક દૃષ્ટિ થયા ન હોઈ, અરજદાર સભાસદને સભાસદ કલ્યાણ ફંડમાંથી રૂ. _____ ચુકવવા ભલામણ છે.

આ રકમ મંજૂર કરેલ છે.

ઓફીસર

આ. જનરલ મેનેજર

જનરલ મેનેજર

મુખ્ય કાર્યકારી અધિકારી

તબીબી સહાય જે સભાસદ એક વર્ષ કે તેથી વધુ સમયથી બેંકમાં સભ્યપદ ધરાવતા હોય તેને જ મળવાપાત્ર છે.

આ યોજના હેઠળ સભાસદ પતિ - પત્નીને તેમજ તેમના ૧૬ વર્ષની નાના બાળકોને ખર્ચના ૮૦% પરંતુ મહત્તમ રૂ. ૧૫,૦૦૦.૦૦ એ બે માથી જે ઓછું હોય તેટલી સહાય આપવામાં આવે છે.

આ અરજી સાથે થયેલ ખર્ચના બિલ્સ તેમજ ડિસ્ચાર્જ કાર્ડ જોડવા. જે ઓરીઝીનલ બિલ્સ તેમજ ડિસ્ચાર્જ કાર્ડ આપ જોડવા માંગતા ન હો તો તેની નકલો જોડવી. દરેક નકલોમાં સભાસદે સહી કરવી અને ઓરીઝીનલ બતાવવા માટે બેંકે લાવવા.

સરકારશ્રીના છેલ્લા સુધારેલા કાયદા મુજબ સભાસદે બેંકની કોઈ એક સેવા લેવી ફરજિયાત છે. આ અરજી સાથે અરજદાર સભાસદે પોતાના નવાનગર બેંકના ખાતાની વિગત આપવી જેથી મંજૂર રકમ નવાનગર બેંકના તે ખાતે જમા આપી શકાય અને કાયદાની જોગવાઈનું પણ પાલન થઈ શકે.

જો સભાસદે તેનો ફોટો, ફોટો આઈ.ડી. પ્રૂફ અને એડ્રેસ પ્રૂફ આપેલ ન હોય તો આ ફોર્મ સાથે તે સામેલ કરવા.

હોસ્પિટલમાં દાખલ થયા તારીખથી અગાઉના તેમજ પછીના એક માસના ખર્ચના બિલ્સ જ માન્ય ગણાશે. આ બિલ્સ છ માસમાં રજૂ કરવાના રહેશે.

ખર્ચના બિલ્સ તારીખ વાઈઝ ગોઠવી તેની વિગતો નીચે દર્શાવવી.

તારીખ	બિલ નંબર	ડોક્ટર/હોસ્પિટલ/મેડિકલ સ્ટોરનું નામ	રકમ રૂ.
-------	----------	-------------------------------------	---------

સરવાળો રૂ.	
------------	--