

वैद्यकीय आर्थिक मदत मिळण्याकरिता करावयाचा अर्ज

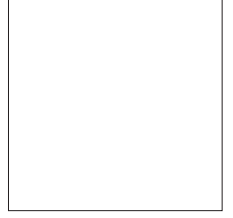
दिनांक : / /२०

प्रति,

मा. अध्यक्ष/सचिव

नित्युंदन गोत्रीय भिडे प्रतिष्ठान,

पुणे - ४११ ०३०



१) अर्जदाराचे पूर्ण नांव :- \_\_\_\_\_

२) अर्जदाराचा पूर्ण पत्ता व संपर्क क्र. :- \_\_\_\_\_

संपर्क क्र. :- \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

३) वय :- \_\_\_\_\_ पु./स्त्री, आधार नं. \_\_\_\_\_

PAN नं. \_\_\_\_\_

४) पेशंटचे पूर्ण नांव व पत्ता :- \_\_\_\_\_

५) पेशंटशी अर्जदाराचे नाते :- \_\_\_\_\_

६) उपचार घेत असलेल्या हॉस्पिटलचे नांव व पूर्ण पत्ता :- \_\_\_\_\_

७) रोगाचे थोडक्यात स्वरूप :- \_\_\_\_\_

८) हॉस्पिटलचे निदान व खर्चाचा तपशील :- \_\_\_\_\_

(निदान व खर्चाचा तपशील प्रमाणपत्र आवश्यक)

९) उपचारासाठी एकूण खर्चापैकी हॉस्पिटलमध्ये भरलेली रक्कम रु. \_\_\_\_\_

१०) कुटुंबाचे एकूण उत्पन्न (मासिक) रु. \_\_\_\_\_

११) नित्युंदन गोत्रीय भिडे प्रतिष्ठानचा आजीव सभासद आहे/नाही

असल्यास आजीव सभासद क्र. \_\_\_\_\_

आजीव सभासद नसल्यास मी/आम्ही मदत घेताना आजीव सभासद होऊ.

वरील माहिती खरी असून मला नि. गो. भिडे प्रतिष्ठानकडून वैद्यकीय आर्थिक मदत मिळावी ही विनंती.

अर्जदाराची सही

पेशंटची सही

**सूचना :**

१) अर्जासोबत PAN Card झेरॉक्स/आधार कार्ड झेरॉक्स/हॉस्पिटलचे निदान व खर्चाचे प्रमाणपत्र जोडणे आवश्यक आहे.

२) विहित नमुन्यातील अर्ज पत्रव्यवहारासाठी असलेल्या पत्त्यावर किंवा वेबसाईटवर उपलब्ध असेल, तसेच पूर्ण भरलेला अर्ज कागदपत्रे जोडून पत्रव्यवहारासाठी दिलेल्या पत्त्यावर पाठवावेत.

३) अर्जदाराच्या बँक खात्याच्या पहिल्या पानाची झेरॉक्स प्रत आवश्यक.

४) वैद्यकीय मदत धनादेश अथवा बँक खात्यात OnLine Transfer होईल.

५) आर्थिक मदत घेतांना अर्जदार किंवा रुग्ण नि. गो. भिडे प्रतिष्ठानचा आजीव सभासद असणे बंधनकारक आहे.

**पत्रव्यवहारासाठी पत्ता:-**

ले. क.(नि.) श्री. सुनील भिडे

ए-२०१, नील सदन, १४२६, सदाशिव पेठ, पुणे विद्यार्थी गृहासमोर, पुणे - ४११ ०३०

मो.: ९६२३०१७४४४/९६५७५४९२३६