



શ્રી ગોદિલવાડ દશા શ્રીમાળી વણિક મંડળ

પરમકેશવ બાગ, નવરોજી લેન, ઘાટકોપર (વેસ્ટ), મુંબઈ-૪૦૦ ૦૮૬. ફોન : ૨૫૧૪ ૦૪૯૯ / ૨૫૧૦ ૮૫૨૮

વૈદકીય બાબતમાં સહયોગ માટેનું ફોર્મ

૧) સભ્યપદ No. L.M. / S.M. :

૨) સભ્યનું નામ :

૩) ધરનું સરનામું :

૪) દર્દીનું નામ :

૫) દર્દીની બિમારીની વિગત :

તા. :

ફોન નંબર :

૬) દર્દીનો સભ્ય સાથે સંબંધ :

નં.	વિગત	વર્ષ દરમ્યાન હવેના સહયોગ માટેની અરજના બીલોની વિગત	બીલની કુલ રકમ	ઓફીસ માટે વર્ષ દરમ્યાન અત્યાર સુધી મંડળ તરફથી મળેલો સહયોગ	ઓફીસ માટે મંજૂર થયેલ રકમ
૧)	દવા - ઇન્જેક્શન				
૨)	હોસ્પીટલ - ઓપરેશન ચાર્જસ				
૩)	પેથોલોજીકલ ટેસ્ટ				
૪)	X-Ray, C.T. Scan, M.R.I.				
૫)	મોતીયાના ઓપરેશન ચાર્જસ (એક આંખ દીઠ)				
૬)	આંખની લેઝર સારવારનાં				
૭)	દાંતના ચોકઠા માટેનાં ખર્ચમાટે				
૮)	ડાયાલીસીસ				
૯)	પેથોલોજીકલ ટેસ્ટ (Sr.Citizen માટે Extra)				

અરજ મળ્યાની તારીખ :

Discharge Card Copy જોડવી જરૂરી છે.

નોંધ : ૧) નિર્ણય કમીટીને આધીન રહેશે. ૨) અરજ ૩૦ દિવસની અંદર કરવાની રહેશે. ૩) ઉપર જણાવેલ ટેબલમાં આપવાની વિગત અલગ અલગ વિભાગ પ્રમાણે વ્યવસ્થિત ભરીને અરજ કરવી. ૪) Original બીલોને સંસ્થાનો Rubber Stamp મારીને પરત આપવામાં આવશે.

૫) હોસ્પીટલમાં દાખલ થયેલ તારીખ અને હોસ્પીટલમાંથી રજા આપ્યાની તારીખ દરમ્યાનના દિવસોનાં બીલો જરૂર કરવા, રજા આપ્યા બાદની જરૂરી દવા માટે સંસ્થાની ઓફીસમાંથી ચીકી મેળવવી. ૧-Card ની ઝેરોસ જોડવી જરૂરી છે.

હોસ્પીટલમાં દાખલ થયાની તારીખ : હોસ્પીટલમાંથી રજા મળ્યાની તારીખ :

સહી