

સને ૨૦૧૪-૧૫ વર્ષનું તબીબી વિકલ્પ ફોર્મ

નામ :-

હોદ્દો :-

વિભાગ :-

તારીખ :-

પ્રતિ,
ડીનશ્રી
બી.જી.મેડીકલ કોલેજ,
અમદાવાદ.

વિષય :- તબીબી ભથ્થાનો વિકલ્પ આપવા બાબત.....

શ્રીમાન,

રાજ્ય સરકારના કર્મચારીઓને તબીબી ભથ્થું આપવા અત્રેની શરતો મે વાંચી છે અને સમજ્યો છું/સમજી છું/અને સમજવામાં આવ્યો છું. હું તબીબી ભથ્થું પગારમાં નહિ લેવા માટે હું વિકલ્પ આપું છું.

મારા પત્ની સરકારી કર્મચારી નથી.

નોંધ: તબીબી સારવારના નીયમોના નિયમ ૨૬.૩ મુજબ પતિ, પત્ની બંને સરકારી સેવામાં ફરજ બજાવતા હોય તેવા કર્મચારી/અધિકારીઓએ ઉપર જણાવેલ વિકલ્પો પૈકી સચુંકત કોઈ પણ એક જ નિયમ સ્વીકારવાનો રહેશે.

આપનો વિશ્વાસુ