



राष्ट्रीय लीची अनुसंधान केन्द्र

NATIONAL RESEARCH CENTRE FOR LITCHI
Mushahari Farm, Mushahari, Muzaffarpur- 842002 (Bihar)



राष्ट्रीय लीची अनुसंधान केन्द्र के कर्मचारियों तथा उनके परिवार को डॉक्टरी परिचर्या और/या इलाज पर हुई डॉक्टरी खर्च की वापसी का दावा करने का आवेदन-पत्र

1	सरकारी कर्मचारी का नाम और पद— (विवाहित या अविवाहित)	
2	विभाग/उपविभाग/इकाई का नाम जहाँ कार्यरत है।	
3	आधारभूत नियमों में केन्द्र के कर्मचारी का वेतन, यदि अन्य कोई सुविधाएँ हों तो उन्हें अलग से दिखाया जाना चाहिए।	
4	निवास का पता:	
5	रोगी का नाम तथा उस और सरकारी कर्मचारी से/उसका संबंध—	
6	रोगी किस स्थान पर बीमार पड़ा।	
दावे की रकम का बीजा: (डॉक्टरी परिचर्या)		
7	किस चिकित्सा अधिकारी से परामर्श प्राप्त किया गया है, उसका नाम और पद	परामर्श की फीस
8	कितनी बार और किस-किस तारीख को परामर्श लिया गया और हर परामर्श के लिए कितनी-कितनी फीस दी गई है।	
9	परामर्श के अनुसार कितनी सुईएँ/किन्-किन् तारीखों को लगी और हर सुई के लिए कितनी फीस दी।	
10	रोग का निदान करते समय किए गए विकृति, वैज्ञानिक जीवाणु-वैज्ञानिक और ऐरो ही दूसरे परीक्षणों का खर्च का विवरण—	
	अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहाँ परीक्षण हुए। क्या ये परीक्षण चिकित्सा अधिकारी के परामर्श पर किये गये।	परीक्षण करवाने की फीस
11	रोग का निदान करते समय किए गए एक्सरे/अल्ट्रासाउंड/सिटी स्कैन इत्यादि के खर्च का विवरण—	परीक्षण करवाने की फीस
12	बाजार से खरीदे गये दवाओं का मूल्य— (सूची, नकद-पत्र आदि में संलग्न करें)	
13	इलाज के लिए ली गई अग्रिम धन राशि	
14	दावे की शुद्ध रकम	
15	संलग्न पत्रों की सूची—	

परिपत्र/केन्द्र के कर्मचारी द्वारा घोषणा

मैं घोषित करता हूँ कि इस प्रार्थना-पत्र में दिया गया बयान मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार सही है और जिस व्यक्ति के उपर चिकित्सा व्यय किए है, वह पूर्णतः मेरे उपर आश्रित है।

स्थान—

दिनांक—

केन्द्र कर्मचारी के हस्ताक्षर

1	I, _____ Hereby certify that the consultation fees charged and paid Rs. _____ (Rupees only)
2	That charged and received Rs. _____ (Rupees only) for administering intravenous/instramuscular/subcutaneous residence of the patient.
3	That the injection administered were immunizing of prophylactic purpose.
4	Certified that patient has been under treatment at _____ Hospital/consulting room and that the under mentioned medicines prescribed by me in this connection were essential for the recovery/prevention of the serious deterioration in the condition of the patient.
5	Certified that the X-Ray laboratory tests, etc., dated: _____ for which the expenditure of Rs. _____ (Rupees only) was incurred were necessary and were undertaken on doctor advice.
6	Certified that the patient did not require/required hospitalization.
7	Certified that A.M.A. NRC for Litchi referred the patient to the _____ hospital/Doctor which is the nearest Govt./State/Sided/maintained any local authority/private hospital from the place where the patient fell ill which my option could provide the necessary and suitable treatment.

NAME OF MEDICINE (IN BLOCK LETTERS)

SL. No.	Name of Medicine	Qty.	Rate	Amount

Place:

Dated: !

Signature and Designation