



दिल्ली विकास प्राधिकरण

वर्ष _____ के लिए वार्षिक सीमा के तहत प्रतिपूर्ति के लिए ओपीडी मेडिकल दावा प्रस्तुत करने के लिए आवेदन पत्र।

बैंक खाते में नाम _____

कार्यरत कर्मचारी / पेंशनर

बैंक खाता संख्या तथा आई.एफ.एस. कोड _____

UID / PPO नंबर . _____

1. मेडिकल कार्ड नंबर	
2. कर्मचारी / पेंशनर का नाम	
3. पद तथा अनुभाग का नाम	
4. पिता / पति का नाम	
5. फोन / मोबाइल नंबर	
6. ईमेल आईडी (यदि कोई हो)	
7. वेतनमान / ग्रेड पे	
8. वार्षिक सीमा के तहत पात्रता की राशि	
9. पैनल अस्पताल से ओपीडी दावे की राशि *	
10. गैर-पैनल अस्पताल से ओपीडी दावे की राशि *	

* आवश्यक संलग्नक:

- चिकित्सक की मूल पर्ची यदि चिकित्सक की फीस का पर्ची पर उल्लेख है।
- मूल नकद मेमो और भुगतान रसीद।
- सभी वाउचर का विवरण।

पूर्व प्राप्ति के अंकन एवं उपक्रम

SBI / CBI में क्रेडिट ट्रांसफर के माध्यम से रुपये _____ प्राप्त किया।

मैं उपक्रम करता हूँ कि दावा की गई राशि से अधिक / अप्राप्त राशि पाए जाने पर, यदि कोई हो, तो निश्चित रूप से मैं अपनी पेंशन / अन्य देय राशि / भविष्य के भुगतानों राशि से वापस करूँगा।

केवल कार्यालय उपयोग के लिए

भुगतान आदेश

कृपया श्री / श्रीमती _____ को _____ (रुपये _____)

का क्रेडिट के हस्तांतरण द्वारा भुगतान करें।

सहायक लेखा अधिकारी (ओपीडी काउंटर/ चिकित्सा सेल)

