

माझगांव डॉक शिपबिल्डर्स लिमिटेड/ Mazagon Dock Shipbuilders Limited

माझगांव डॉक अधिकारियों की सेवानिवृत्त पश्चात चिकित्सा योजना

Mazagon Dock Executives Post Retirement Medical Scheme

ओपीडी दावा प्रपत्र (एमडीईपीआरएमएस) - 2014 / (MDEPRMS)-2014 OPD- Claim Form

अधिकारी का नाम ----- कर्म.आईडी सं -----
NAME OF EXECUTIVE EMP ID NO

सेवानिवृत्त:दिनांक -----, ----- के पद पर निवृत्त
DATE OF RETIREMENT RETIRED AS

पति-पत्नी का नाम-----
Name of spouse

शारीरिक रूप से विकलांग आश्रित बच्चे का नाम -----
NAME OF PHYSICALLY CHALLENGED DEPENDENT CHILD

अवधि के लिए दावा/ CLAIM OF THE PERIOD -----

मोबाईल नं: ----- वैकल्पिक मोबाईल नं: -----
MOBILE NO ALTERNATE MOBILE NO

ई-मेल आईडी ----- वैकल्पिक ई-मेल आईडी -----
EMAIL ID ALTERNATE EMAIL ID

बैंक का ब्योरा (कोई परिवर्तन होने पर भरा जाए):

BANK DETAILS (TO BE FILLED IF ANY CHANGE)

बैंक का नाम एवं पता: -----
----- खाता सं -----

आईएफएससी कोड: ----- एमआईसीआर कोड: -----
NAME & ADDRESS OF THE BANK: -----

----- ACCOUNT NO: -----

IFSC CODE: ----- MICR CODE: -----

मैं अधोहस्ताक्षरित -----, कर्मचारी आईडी सं -----

एमडीएल सेवा से दिनांक ----- से ----- पद से सेवानिवृत्त हुआ

हूँ। मैं एतद्वारा, यह घोषणा करता हूँ कि मैं रु. ----- (शब्दों में -----

-----) ----- से ----- अवधि के लिए स्वयं/ पति-

पत्नी/ आश्रित बच्चे के लिए चिकित्सा उपचार हेतु खर्च किया हूँ। मैं यह भी घोषणा करता हूँ कि सभी

चिकित्सा बिलों को मैं आयकर विभाग से आने वाले किसी भी प्रश्न के लिए सहेजकर रखूँगा। मैं इसके लिए

पूर्णरूप से जिम्मेदार हूँ।

I undersigned _____, EMP ID No _____, retired from MDL services w.e.f _____ as _____. I hereby, declare that I have incurred sum of Rs _____ (In words _____)

_____) towards medical treatment of Self/Spouse/ Dependant child for the period _____ to _____.

I also declare that all the medical bills are preserved by me and in the event of any query from Income Tax Dept. I will be solely responsible.

कर्मचारी का हस्ताक्षर
SIGNATURE OF THE EMPLOYEE