

माझगांव डॉक शिपबिल्डर्स लिमिटेड/ Mazagon Dock Shipbuilders Limited

माझगांव डॉक अधिकारियों का सेवानिवृत्त पश्चात चिकित्सा योजना/ Mazagon Dock Executives

Post Retirement Medical Scheme

घोषणा प्रपत्र (एमडीईपीआरएमएस) - 2014

(MDERRMS) - 2014 DECLARATION FORM

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

जन्म तिथि ----- सेवानिवृत्त: -----, ----- के पद पर निवृत्त
DATE OF BIRTH DATE OF RETIREMENT RETIRED AS

पति-पत्नी का नाम----- पति-पत्नी का जन्म तिथि-----
NAME OF SPOUSE DATE OF BIRTH OF SPOUSE

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

बच्चे का जन्म तिथि ----- विकलांगता का प्रकार -----
DOB OF CHILD TYPE OF DISABILITY

वर्तमान पता पत्राचार पता

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

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

एमडीएल में नामांकित व्यक्ति का नाम ----- कर्म.आईडी सं -----
NAME OF THE NOMINATED PERSON IN MDL EMP ID NO

नामांकित व्यक्ति का पदनाम ----- मोबाईल नं: -----
DESIGNATION OF THE NOMINATED PERSON MOBILE NO

बैंक का ब्योरा (यदि कोई परिवर्तन हो तो भरा जाए):

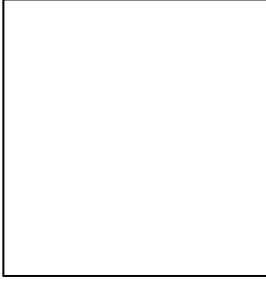
BANK DETAILS (TO BE FILLED IF ANY CHANGE)

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

आईएफएससी कोड: ----- एमआईसीआर कोड: -----
NAME & ADDRESS OF THE BANK: ----- ACCOUNT NO: -----

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

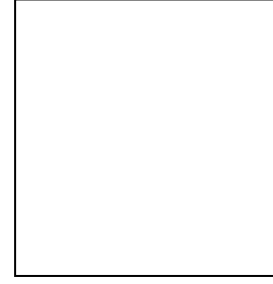
फोटोग्राफ जोड़े एवं फोटोग्राफ पर हस्ताक्षर करें



कर्मचारी
EMPLOYEE



पति-पत्नी
SPOUSE



आश्रित बच्चा
DEPENDENT CHILD

सदस्यता शुल्क/ membership fees:

राशि ----- डीडी सं : ----- डीडी दिनांक -----
AMOUNT DD NO DD DATE

"माझगांव डॉक शिपबिल्डर्स लिमिटेड" मुंबई के पक्ष में डीडी

DD in favour of "mazagon dock shipbuilders ltd" mumbai

- संलग्नक/ATTACHEMENTS : 1. निरस्त चेक/ CANCELLED CHEQUE
2. शारीरिक रूप से विकलांग आश्रित बच्चे का प्रमाण पत्र/ CERTIFICATE OF PHYSICALLY CHALLENGED DEPENDANT CHILD
3. "माझगांव डॉक शिपबिल्डर्स लिमिटेड" मुंबई के पक्ष में डिमांड ड्राफ्ट/ DEMAND DRAFT IN FAVOUR OF "MAZAGON DOCK SHIPBUILDERS LTD" MUMBAI
4. -----

घोषणा/ Declaration

मैं अधोहस्ताक्षरित -----, कर्मचारी आईडी सं -----
एमडीएल सेवा से दिनांक ----- से ----- पद से सेवा निवृत्त
हुआ हूँ। मैं एतद्वारा, यह घोषणा करता हूँ कि मैं/ मेरे/मेरी पति-पत्नी सरकारी/ सरकारी संगठन/ सार्वजनिक
क्षेत्र कंपनियों से कोई चिकित्सा लाभ नहीं ले रहे हैं और एमडीईपीआरएमएस - 2014 में सदस्य बनने के लिए
इच्छुक हूँ। आगे, मैं यह भी घोषणा करता हूँ कि मेरे, मेरे पति-पत्नी एवं शारीरिक रूप से विकलांग आश्रित बच्चे
का जीवित प्रमाण पत्र प्रति वर्ष 31 दिसंबर के पहले इस योजना के अंतर्गत लाभ प्राप्त करने के लिए जमा
करूंगा/करूंगी।

उपरोक्त दी गई सूचना मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार सही है।
I undersigned _____, EMP ID No _____, retired from MDL
services w.e.f _____ as _____. I hereby, declare that, I am / my
spouse is not availing Medical Benefits from any Government/ Government Organization/ Public
Sector companies and intend to join MDEPRMS-2014. Further, I declare that I will submit life
certificate in respect of Self, Spouse & Physically challenged Dependant Child before 31st December
every year to continue availing benefits under the scheme.
The information submitted above is true to best of my knowledge & belief.

कर्मचारी का हस्ताक्षर
SIGNATURE OF THE EMPLOYEE