



શ્રી પાટીદાર પરિવાર ટ્રસ્ટ



રજિસ્ટર No. E/3664 અમદાવાદ. ઈન્કમેટેક્સ માફી નં. : DIT (E)/80G(5)/DIT (E)/80G(5)/1528/08-09

website : www.kadvapatidarparivartrust.org e-mail: info@kadvapatidarparivartrust.org

૪/૧૫, આશિષ એપાર્ટમેન્ટસ, આદર્શનગર પાસે, વિજયનગર રોડ, નારણપુરા, અમદાવાદ-૩૮૦૦૧૩. ફોન : ૨૭૪૭૦૫૦૨

મેડિકલ જનસેવા યોજના : અરજી-પત્ર

ON LINE

આથી હું નીચે સહી કરનાર.....

ઉંમર વર્ષ..... ધંધો..... રહેઠાણ.....

પીન..... ફોન નં./મો. નં..... મારો સભ્ય નં..... છે./હું સભ્ય નથી.

હું ઉપરોક્ત દર્શાવેલ સરનામે રહું છું. મારા કુટુંબની સંયુક્ત વાર્ષિક આવક રૂપિયા.....

અંકે રૂપિયા..... છે. હું સંસ્થામાંથી મળવાપાત્ર મેડિકલ જનસેવા

યોજના અંતર્ગત મળતી દવાની સહાયની કુપન મેળવવા માટે અરજી કરું છું. મારા પરિવારના સભ્યોની વિગત નીચે મુજબ છે.

અ.નં.	કુટુંબના સભ્યોનાં પૂરાં નામ	ઉંમર	સંબંધ	હાલની પ્રવૃત્તિ	વાર્ષિક આવક
				કુલ આવક....	

નિયમો : (૧) અરજદારે આ યોજનો લાભ લેવા સંસ્થામાંથી અરજીપત્ર લઈ વિગતવાર માહિતી ભરી પરત આપવાનું રહેશે. (૨) આ યોજનાનો લાભ માત્ર જે પાટીદાર કુટુંબની સંયુક્ત વાર્ષિક આવક રૂ. ૪,૦૦,૦૦૦/- (ચારલાખ રૂપિયા) છે, તેમને જ મળવાપાત્ર છે. (૩) અરજદારે આવકના પુરાવારૂપે જે તે પાટીદાર સમાજના પ્રમુખની આ અરજીપત્રમાં સહી કરાવવાની રહેશે. (૪) અરજદારને રૂ. ૧૦૦૦/-ની મેડિકલ સહાયની કુપન મળશે. ફોર્મમાં દર્શાવેલ પરિવારના કોઈપણ સભ્યના નામનું ડોક્ટરનું દવા-લીસ્ટ (પ્રિસ્ક્રીપ્શન) જ માન્ય રહેશે. (૫) અરજી ફોર્મમાં દર્શાવેલ પરિવારના સભ્યો જ આ કુપનનો ઉપયોગ કરી શકશે. અન્ય વ્યક્તિ આ કુપનનો ઉપયોગ કરી શકશે નહિ. (૬) અરજદારને આપવામાં આવેલ કુપન પર દવાના બીલની રકમ ઉપર ૪૦% રાહત આપવામાં આવશે. કુપનમાં દર્શાવેલ સરનામેથી જ દવા ખરીદવાની રહેશે. (૭) આવેલ અરજી મંજૂર કરવાની સત્તા સંસ્થાના ટ્રસ્ટીમંડળે નક્કી કરેલ કમિટીને રહેશે. અરજી મંજૂર થયે અરજદારને ફોનથી જાણ કરવામાં આવશે.

આ અરજી કરનાર અરજદારના કુટુંબની સંયુક્ત વાર્ષિક આવક રૂ..... છે. જેની હું ખાત્રી આપું છું.

સમાજના પ્રમુખશ્રીની સહી.....

અમદાવાદ.

અરજી મંજૂર કરનારની સહી

અરજદારની સહી

તી.....

.....

.....