



Surat National Co-op. Bank Ltd.

સુરત નેશનલ કો-ઓ. બેન્ક લિ.

પહીવટી ઓફિસ : ૯/૬૦, “સપ્તશૃંગી” બીજે માળે, કોટસફીલ રોડ, સુરત. ફોન : ૨૪૧૧૩૪૬, ૨૪૫૨૩૬૭ ફેક્સ : ૨૪૪૨૧૪૮
હેડ ઓફિસ : ૩/૪૦૧૬, “નવનિધિ” નવાપુરા કરવા રોડ, સુરત-૩૯૫ ૦૦૩. ફોન : ૨૪૨૪૧૨૫, ૨૪૯૧૧૯૭, ૨૪૯૧૦૭૧

: મેડીકલ એઈડ્સ યોજનાનું અરજીપત્રક :

- (૧) સભાસદનું નામ :-
- (૨) સરનામું :-
- (૩) ફોન નં. : (R) _____ (O) _____ (M) _____
- (૪) સભાસદ નંબર :-
- (૫) ઇંદો/નોકરીની વિગત :- વાર્ષિક આવક રૂ.
- (૬) માંદગીનો પ્રકાર :-
- (૭) કઈ હોસ્પિટલ/દવાખાનામાં
સારવાર લીધી ? :-
- (૮) સારવારનો સમય ગાળો :-
- (૯) સારવારનો કુલ ખર્ચ :- રૂ.
- (૧૦) બેન્કમાંથી અગાઉ સહાય લીધી
હોય તો તેની રકમ અને વર્ષ :-
- (૧૧) મેડીકલ એઈડ્સ પોલીસી લીધેલ છે ? :- હા / ના
- (૧૨) પોલીસીની રકમ રૂ. _____ મંજૂર કલેઈમની રકમ રૂ. _____
- (૧૩) બીજી બેન્ક/સંસ્થામાંથી સહાય
મેળવી હોય તેની વિગતો :-

આ સાથે રજૂ કરેલા મારી મેડીકલ સારવાર પેટે ચૂકવેલ બીલ/બીલોના પુરાવા, અસલ/સર્ટીફાઈડ ઝેરોક્ષ નકલ તેમજ ઉપર જણાવેલ વિગત સાચી અને ખરી છે, જેની હું બાહેધરી આપું છું.

લિ. આપનો વિશ્વાસુ,

સુરત.

તા. - -૨૦૧

:- ઓફિસ ઉપયોગ માટે :-

અરજદાર સભાસદની અરજી બેન્કની મેડીકલ એઈડ્સ યોજના હેઠળ રૂ. _____ ચુકવણી કરવા મંજૂર/નામંજૂર કરવા ભલામણ છે/નથી.

તા. - -૨૦૧

મેનેજર
સુરત નેશનલ કો-ઓ. બેન્ક લિ.

રૂ. _____ મંજૂર/નામંજૂર કરવામાં આવે છે.

ડિરેક્ટરની સહી _____

તા. - -૨૦૧

ડિરેક્ટરની સહી _____

પેમેન્ટની વિગત :- પે.ઓર્ડર નંબર _____ તા. _____ રૂ. _____

પે. ઓર્ડર લઈ જનારની સહી _____