



# અમદાવાદ મ્યુનિસિપલ કોર્પોરેશન

મ્યુનિસિપલ સેક્રેટરી ઓફીસ

ત્રીજો માળ, સી-બ્લોક, સરદાર પટેલ ભવન, દાણાપીઠ, અમદાવાદ-૩૮૦૦૦૧.

## વૈદકિય સારવારનું કાર્ડ રીન્યુ કરવા માટેનું અરજી ફોર્મ

મ્યુનિસિપલ સેક્રેટરીશ્રી,

હું નીચે સહી કરનાર.....કે જે .....દૈનિકમાં રીપોર્ટર/ ફોટોગ્રાફર કે જે ..... દૈનિકમાં ફરજ બજાવી રહેલ છું./બજાવતો હતો. જે હાલમાં .....દૈનિકમાં રીપોર્ટર / ફોટોગ્રાફર તરીકે ફરજ બજાવી રહેલ છું તેમને કોર્પોરેશનના ઠરાવ નંબર ૬૫૨, તા. ૨૨.૧.૨૦૦૨ થી નક્કી થયેલ નીતિ અનુસાર મ્યુનિસિપલ કોર્પોરેશન સંચાલિત હોસ્પિટલ તથા દવાખાનામાં ઈન્ડોર પેશન્ટ તરીકે દાખલ થયે નિ:શુલ્ક વૈદકિય સારવાર માટેનું હેલ્થ કાર્ડ નંબર..... તા - -૨૦૨ નું ઈશ્યુ કરેલ છે, જે નીચેની વિગતે રીન્યુ કરાવવાનું થાય છે.

(૧) (A) ઈશ્યુ કરેલ હેલ્થ કાર્ડમાં જણાવેલ મારી ફરજની સંસ્થામાં કોઈ ફેરફાર થયેલ નથી.

અથવા

(B) મારી ફરજની સંસ્થામાં નીચેની વિગતે ફેરફાર થયેલ છે.

૧. નવા દૈનિકનું નામ :- .....
૨. નવા દૈનિકનું સરનામું :- .....
૩. નવા દૈનિકનો રજીસ્ટ્રેશન નંબર :- .....
૪. દૈનિક શરૂ થયા તારીખ :- .....

(૨) કાર્ડમાં આશ્રિતોના જે નામો જણાવેલ છે તેમાંથી નીચેની વિગતે નામ કમી કરશો.

- ૧.
- ૨.
- ૩.

(૩) કાર્ડમાં આશ્રિતોનાં નીચેની વિગતે નામો દાખલ કરશો..

ક્રમ	નામ	ઉંમર	સંબંધ
૧			
૨			
૩			

નોંધ: નવા ઉમેરવાના નામનું કારણ તેમજ જન્મ સર્ટીફિકેટ અથવા રેશનીંગ કાર્ડ અથવા અન્ય આધારભૂત પુરાવા રજૂ કરવા જેથી નામ દાખલ કરવામાં સરળતા રહે.

ઉપરોક્ત વિગતો ધ્યાનમાં લઈ મને ઈશ્યુ કરવામાં આવેલા વૈદકિય સારવારનું કાર્ડ..... કે જે આ સાથે સામેલ છે તે રીન્યુ કરી આપવા વિનંતી છે.

તા. / /૨૦૨

અરજદારની સહી

મ્યુનિસિપલ સેક્રેટરીશ્રી,

ઉપરોક્ત અરજદાર શ્રી દૈનિકમાં.....કે જે .....દૈનિકમાં રીપોર્ટર/ ફોટોગ્રાફર તરીકે ફરજ બજાવી રહેલ છે. જેમણે ઉપર જણાવેલ તેઓની હકીકત સાચી છે.

તા. / /૨૦૨

સંસ્થાનું  
સીલ

તંત્રીની સહી