



वर्धमान महावीर खुला विश्वविद्यालय, कोटा

चिकित्सा प्रतिपूर्ति प्रार्थना पत्र

विश्वविद्यालय कर्मचारी और उसके परिवार/अथवा चिकित्सक (मेडिकल अटेंडेंट) के संबंध में किए गए

चिकित्सा व्यय का प्रतिपूर्ति के लिए प्रार्थना पत्र

सूचना: प्रत्येक रोगी के लिए अलग-अलग प्रपत्र का प्रयोग किया जाना चाहिए।

1. कर्मचारी का नाम (पद एवं विभाग).....
2. वेतन तथा अन्य उपलब्धियाँ.....
3. निवास स्थान का पता.....
4. रोगी का नाम तथा उसका विश्वविद्यालय नाम..... आयू.....
के कर्मचारी के साथ संबंध संबंध.....
5. रोगी के रोगग्रस्त होने का स्थान(आउट डोर टिकिट साथ लगाए).
6. मांगी गई राशि का विवरण :
 1. चिकित्सा परिचर्या.....
 2. परामर्श शुल्क। नीचे लिखा विवरण दीजिए।
(अ) जिस चिकित्सा अधिकारी से परामर्श किया गया है
उसका नाम, अस्पताल व डिस्पेंसरी का नाम जिससे
संबंध है।
(ब) परामर्श की संख्या.....
 3. प्रयोगशाला व्यय
 4. रोगी वाहन (एम्बूलेंस) व्यय
 5. अन्य (विवरण दीजिए)
7. मांगी गई राशि का योग.....

बीजक संख्या व तारीख	औषधियों का नाम	मूल्य
		रु. पै.

8. संलग्न पत्रों की सूची। परमावश्यक प्रमाण-पत्र.....बीजक.....
9. (क) मैं घोषित करता हूँ कि इस प्रमाण पत्र के विवरण, जहाँ तक मेरी जानकारी व विश्वास है, सही है और रोगी जिस पर चिकित्सा व्यय किया गया है, पूर्णतया मुझ पर निर्भर है।
(ख) मैं यह भी घोषित करता हूँ कि जो दवाईयों मेरे द्वारा खरीदी गई हैं, उनका पुनर्भरण मैंने पूर्व में नहीं लिया अथवा प्रस्तुत किया है।

दिनांक.....

विश्वविद्यालय कर्मचारी के हस्ताक्षर
पद एवं कार्यालय जिससे संबंध

परमावश्यक प्रमाण पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती.....
पति/पत्नि / पुत्र/पुत्री/माता-पिता/भाई-बहन/कुमारी/श्रीमती.....
जो वर्धमान महावीर खुला विश्वविद्यालय, कोटा विभाग में नियुक्त है। अस्पताल/इंडोर/आउटडोर में मेरे परामर्श
कक्ष/मेरे उपचार में रहा/रही है। इस संबंध में मेरे द्वारा निर्धारित निम्नलिखित औषधियाँ रोगी की दशा में हो
रही गंभीर गिरावट को रोकने/रोगी के पुनः स्वास्थ्य होने के लिए परमावश्यक होगी। ये औषधियाँ बाहर के
रोगियों को देने के लिए चिकित्सालय में संग्रहित नहीं की जाती और इसमें ऐसी प्रोप्राइटी औषधियाँ (प्रिपेरेशन)
सम्मिलित नहीं है जिनके लिए समान गुण वाले (थेराप्यूटिक वेल्यू के) सस्ते पदार्थ प्राप्त हैं अथवा जो मूलतः
भोज्य प्रसाधन या निसंक्रामक श्रेणी में आते हों:-

बीजक संख्या व तारीख	औषधियों का नाम	मूल्य	
		रु.	पै.

अधिकृत चिकित्सक के हस्ताक्षर एवं पद (मोहर)

1. प्रमाणित किया जाता है कि रोगी.....से पीड़ित है/या और तारीख से लगातार तक मेरे उपचार में है/तथा यह भी प्रमाणित किया जाता है कि उपर्युक्त रोग/रतिरोग(वैनिरियल) सन्निपात (डेलेरियल) उपचार/प्रसव पूर्व/जन्मोत्तर संबंधी बीमारियों में नहीं आता।
2. रोगी को अस्पताल में रहने की आवश्यकता थी/नहीं थी। यह मामला निश्चित रूप से लंबे उपचार का है/नहीं है/था/नहीं था।
3. प्रमाणित किया जाता है कि उपचार कार्य पूरा/चालू हो चुका है। अधिकृत चिकित्सक के रजिस्टर का क्रम संख्या..... दिनांक.....

अधिकृत चिकित्सक के हस्ताक्षर पद (मोहर)

परिशिष्ट '8' (फार्म अ)

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती.....जो कि वर्धमान महावीर खुला विश्वविद्यालय में नियुक्त है के पुत्र/पत्नि/श्री/श्रीमती..... आयु.....रोग..... से पीड़ित था/थी तथा मेरी चिकित्सा में था। मैंने मेरे निवास स्थान पर दिनांक..... को रात्रि/दिन..... बजे.....बार परीक्षण किया। मैंने अपना परीक्षण शुल्क (अंकों में)..... (शब्दों में).....रुपये प्राप्त किए।

अधिकृत चिकित्सक के हस्ताक्षर पद (मोहर)