

पिंपरी चिंचवड महानगरपालिका, पिंपरी - ४११ ०१८

वैद्यकीय विभाग

धन्वंतरी स्वास्थ्य योजना धोरण २०१३ अंतर्गत सभासदत्व नाकारणेबाबत अर्ज

अर्जदाराचे नाव: -

पदनाम: -

विभाग: -

दिनांक - / /२०१५

प्रति,

मा.आयुक्त सो.

पिंपरी चिंचवड महानगरपालिका

पिंपरी - ४११ ०१८.

विषय: - धन्वंतरी स्वास्थ्य योजना धोरण २०१३ अंतर्गत सभासदत्व न रिवकारणेबाबत.

महोदय,

मी, श्री/श्रीमती,, विभागामध्ये

..... पदावर कार्यरत असून मी महानगरपालिकेमार्फत राबविण्यात येणा-या धन्वंतरी स्वास्थ्य योजना धोरण २०१३ मध्ये सहभागी होणेस इच्छुक नाही. त्यामुळे आपणांस विनंती की, माझी सदर योजनेअंतर्गत असलेली र.रु./- ची मासिक कपात करण्यात येऊ नये.

तसेच, सदर योजनेचे धोरणामध्ये नमूद असलेल्या नियम क्र. १(३) नुसार धन्वंतरी योजना लागू झाल्यानंतर महानगरपालिकेच्या अधिकारी / कर्मचारी यांना लागू असणारे भूतपूर्व सर्व धोरण / ठराव / आदेश निरस्त होणार असल्याने मला अन्य कोणत्याही वैद्यकीय बिलांची प्रतिपूर्ती करून मिळणार नाही तसेच सदर योजनेमध्ये सहभागी होण्याच्या विहित मुदतीनंतर मी धन्वंतरी स्वास्थ्य योजनेमध्ये सहभागी होणेकरिता पात्र नाही याबाबत मला जाणीव आहे.

कळावे,

आपला विश्वासू

कर्मचा-याची स्वाक्षरी :

कर्मचा-याचे नाव :

शाखाप्रमुख

पिंपरी चिंचवड महानगरपालिका

पिंपरी - ४११ ०१८