

पिंपरी चिंचवड महानगरपालिका
धन्वंतरी स्वास्थ्य योजना
(प्रतिज्ञापत्र (नमुना ब))

(पेमेंट ऑफ वेजेसच्या कलम ७ (२) व युनियन मान्यता व अनुचित प्रथा कायदा कलम २० अनुसार)

PPO No. :
सभासदाचे संपुर्ण नाव :
पदनाम :
विभागाचे नाव :
निवासाचा संपुर्ण पत्ता :
.....
कायमचा पत्ता :
.....
मोबाईल क्रमांक :
वडिलांचे / पतीचे नाव :
सेवानिवृत्त दिनांक :

सभासदावर अवलंबून असलेल्या कुटुंबातील व्यक्तींची नावे (प्रतिज्ञापत्र देणाऱ्याचे नाव वगळून) :

अ.क्र	सभासदाचे कुटुंबातील नावे	जन्मदिनांक	वय	सभासदांशी नाते	पुरावा
१					
२					
३					
४					
५					

मी सत्यप्रतिज्ञेवर जाहिर करतो/करते की, वर दिलेली माहिती सत्य व बरोबर आहे. यामध्ये जे बदल होतील ते मी अशा बदलाच्या दिनांकापासून १५ दिवसांच्या आत कार्यालयास लेखी कळवीन व त्याची संपुर्ण जबाबदारी माझ्यावर राहिल. मी या योजनेचा सभासद होण्यास इच्छुक आहे. सदर योजनेतर्गत मी माझे दस्महाचे सेवानिवृत्ती वेतनातुन र.रु. १५०/- प्रमाणे कपात करुन देणेस या प्रतिज्ञापत्राद्वारे संमती देत आहे. धन्वंतरी योजनेचा लाभ माझ्या पती / पत्नी व आर्थिक दृष्ट्या माझ्यावर पुर्णपणे अवलंबून असणाऱ्या व वरीलप्रमाणे नमुद केलेल्या सभासदांकरीताच करेन, असे न आढळल्यास कायदेशीर कारवाईस मी पात्र राहीन याची मला जाणीव आहे.

सभासदाची सही.

मुख्यलेखापाल कार्यालय

१. सेवानिवृत्त कर्मचाऱ्याचे नाव :
२. सेवानिवृत्त दिनांक :
३. पती/ पत्नी हयात आहेत अगर कसे ?

खातेप्रमुख / कार्यालयप्रमुख सही व शिक्का

श्री/श्रीम.सेवानिवृत्त सेवक / सेविका यांना धन्वंतरी स्वास्थ्य योजनेचे सभासदत्व देण्यात आलेले असून त्यांचा सभासद क्र.असा आहे. त्यांच्या मासिक सेवानिवृत्तीवेतनातुन दरमहा र.रु. १५०/- प्रमाणे रक्कम कपात करण्यात यावी.

आरोग्य वैद्यकीय अधिकारी
पिंपरी चिंचवड महानगरपालिका
पिंपरी - ४११०१८

सोबत खालीलप्रमाणे कागदपत्रे पुराव्या दाखल जोडणे आवश्यक आहे -

१. प्रत्येक सभासदाचा पासपोर्ट आकाराचा एक फोटो
२. सभासदावर पुर्णपणे अवलंबून असणाऱ्या अपंग / मतीमंद पाल्याच्या बाबतीत जिल्हा शल्यचिकित्सक रुग्णालयाचे अलीकडील प्रमाणपत्राची झेरॉक्स सत्यप्रत
३. रेशनींग कार्डची झेरॉक्स सत्यप्रत
४. मुलगी विधवा असल्यास तिचे विवाह नोंदणी प्रमाणपत्र व पतीचा मृत्युचा दाखला झेरॉक्स सत्यप्रत

