

नमुना क

प्रति,

अधिदान व लेखा अधिकारी/कोषागार अधिकारी,

प्रमाणपत्र

प्रमाणित करण्यात येते की, श्री./श्रीम.-----
(मोबाईल नं.-----) यांना

१. पीपीओ क्र.----- अन्वये दिनांक-----पासून निवृत्तीवेतन/
कुटुंबनिवृत्तीवेतन मंजूर झालेले आहे.
२. श्री./श्रीम.----- हे राज्य शासनाच्या
वैद्यकीय प्रतिपूर्तीची विमाछत्र योजनेचे सभासद असून विमा कार्ड नं.----- आहे.

आपला,

आहरण व संवितरण अधिकारी यांची स्वाक्षरी

नाव:-

पदनाम:-

कार्यालयाचे नाव:-

डिडिओ सांकेतांक:-

अथवा

घोषणापत्र (Opting Out Declaration)

१. मी, श्री./श्रीम.-----
पीपीओ क्र.-----अन्य वैद्यकीय विमा कंपनी-----
चा सभासद आहे/नाही.
२. मी, श्री./श्रीम.----- घोषित करतो/करते की, मी राज्य
शासनाच्या वैद्यकीय प्रतिपूर्तीच्या विमाछत्र योजनेमध्ये सहभागी होऊ इच्छित नसून भविष्यात
देखील या योजनेमध्ये सहभागी होण्याची मागणी करणार नाही.

आपला,

अधिकारी/कर्मचारी यांची स्वाक्षरी

नाव:-

पदनाम:-

कार्यालयाचे नाव:-