



શ્રી ક.વિ.ઓ. સેવા સમાજ

શ્રી ક.વિ.ઓ. દેરાવાસી જૈન મહાજનવાડી, ૩ જે માળે,
૯૯/૧૦૧, કેશવજી નાયક રોડ, ચિંચબંદર, મુંબઈ - ૪૦૦ ૦૦૬.
ફોન : ૨૩૭૧ ૪૬૭૪ ★ ફેક્સ : ૨૩૭૭ ૩૦૩૨

સંજીવની સ્વાસ્થ્ય યોજના અતંગર્ત

જરૂરીયાતમંદો માટે મંજૂર થનાર મેડીકલેઈમને આધીન લોન માટેનું

અરજી પત્રક

તા. _____ ૨૦૦

અરજદારનું નામ : _____

દર્દીનું નામ : _____

ગામ : _____ ફોન : _____

સરનામું : _____

બિમારીની વિગત : _____

હોસ્પીટલનું નામ : _____

સરનામું : _____

સારવાર કરતા ડોક્ટરનું નામ : _____

સંજીવની યોજના હેઠળ આપનો મેમ્બરશીપ નં.: _____

હું _____ જાણાવું છું કે ઉપર જાણાવેલ વિગતો સાચી છે અને જે કોઈ પણ સંજોગોમાં મારો ક્લેઈમ નામંજૂર થશે તો ૧૫ દિવસની અંદર હું લોનની રકમ ભરપાઈ કરી આપીશ.

અરજદારની સહી

હું _____ ગામની સંસ્થાનું નામ અને હોદ્દો _____

જાણાવું છું કે શ્રી _____ જરૂરીયાતમંદ છે અને આપની યોજના હેઠળ લોન મંજૂર કરવા ભલામણ કરીએ છીએ.

(મહાજન/મંડળનો સિક્કો)

(ગામના મહાજન/મંડળના હોદ્દેદારની સહી)

I, Dr. _____ state that Shri _____ is suffering from _____. His/her estimated expenses for treatment is considered reasonable. In my opinion his/her current illness is not covered by pre-existing illnesss. (as per insurance rules)

Rubber Stamp of Doctor

(Signature of Doctor)

OFFICE USE ONLY

Sanctioned the Loan of Rs. _____ (_____)
to _____

Date _____

Authorised Signatory