

ਪੰਜਾਬੀ ਯੂਨੀਵਰਸਿਟੀ, ਪਟਿਆਲਾ

ਹੈਲਥ ਸੈਂਟਰ

ਦਵਾਈਆਂ ਦੇ ਖਰਚੇ ਦੀ ਪ੍ਰਤੀ ਪੂਰਤੀ ਦਾ ਬਿੱਲ ਫਾਰਮ

1. ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਨਾਂ
2. ਕਰਮਚਾਰੀ ਦਾ ਨਾਂ, ਆਹੁੰਦਾ ਅਤੇ ਵਿਭਾਗ, ਜਿਸ ਤੇ ਮਰੀਜ਼ ਨਿਰਭਰ ਹੈ
3. ਹੈਲਥ ਕਾਰਡ ਨੰ. 4. ਬਿਮਾਰੀ
5. ਇਲਾਜ ਦਾ ਸਮਾਂ ਤੋਂ ਤੱਕ
6. ਯੂਨੀਵਰਸਿਟੀ ਹੈਲਥ ਸੈਂਟਰ ਓ.ਪੀ.ਡੀ. ਟਿਕਟ ਨੰ. ਮਿਤੀ

ਰਾਹੀਂ ਕੇਸ ਰਾਜਿੰਦਰਾ ਹਸਪਤਾਲ/ਮਾਤਾ ਕੁਸ਼ਲਿਆ ਹਸਪਤਾਲ/ਆਯੂਰਵੈਦਿਕ ਹਸਪਤਾਲ, ਪਟਿਆਲਾ ਨੂੰ ਰੈਫਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ।

ਦਵਾਈ ਦਾ ਨਾਂ ਹੋਰ ਖਰਚੇ	ਦਵਾਈ ਲਿਖਣ ਦੀ ਮਿਤੀ	ਨਕਦ ਰਸੀਦ ਨੰ: ਅਤੇ ਮਿਤੀ	ਰਕਮ ਰੁਪਏ ਪੈਸੇ
-------------------------	----------------------	--------------------------	------------------

ਜੋਤ

ਤਸਦੀਕ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਮੇਰਾ/ਮੇਰੀ ਜਿਸ ਦਾ ਨਾਂ
 ਹੈ, ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਮੇਰੇ ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਹੈ ਅਤੇ ਮੇਰੇ ਨਾਲ ਰਹਿੰਦਾ/ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਵੀ ਤਸਦੀਕ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ
 ਹੈ ਕਿ ਉਸ ਨੂੰ ਜ਼ਮੀਨ/ਮਕਾਨ/ਜਾਇਦਾਦ ਅਤੇ ਹੋਰ ਸਾਧਨ ਤੋਂ ਕੋਈ ਆਮਦਨ ਨਹੀਂ ਹੈ ਅਤੇ ਨਾ ਹੀ ਉਸਨੂੰ
 ਕੋਈ ਰਾਜਸੀ ਪੈਨਸ਼ਨ ਆਦਿ ਮਿਲਦੀ ਹੈ। **ਫਿਰਮ ਕਰਮਚਾਰੀ-ECR No./Page No. (Employee Code).....**
ਪੈਨਸ਼ਨਰ-P.P.O No..... ਕਰਮਚਾਰੀ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ
ਫਿਕਸ ਮੈਡੀਕਲ -Page No.....
BANK A/c No..... ਅਹੁੰਦਾ
PAN No..... ਵਿਭਾਗ
 ਕਰਮਚਾਰੀ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ ਮਿਤੀ

ਤਸਦੀਕ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਸ੍ਰੀ/ਸ੍ਰੀਮਤੀ ਦਾ ਉਪਰੋਕਤ
 ਕੇਸ ਹਸਪਤਾਲ ਨੂੰ ਰੈਫਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ ਅਤੇ ਉਸ ਦੁਆਰਾ ਦਵਾਈਆਂ ਦੀ ਖਰੀਦ/ਹਸਪਤਾਲ ਖਰਚ ਵਜੋਂਰੁ:
 ਖਰਚ ਕੀਤੇ ਗਏ ਹਨ। ਇਹ ਰਕਮ ਰੀਇੰਬਰ ਕਰਨ ਯੋਗ ਹੈ ਅਤੇ ਦਵਾਈਆਂ/ਹਸਪਤਾਲ ਖਰਚ ਵਜੋਂਰੁ:
 ਦੀ ਅਦਾਇਗੀ ਕਰਨ ਵਾਸਤੇ ਪ੍ਰਵਾਨਗੀ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਮੁੱਖ ਮੈਡੀਕਲ ਆਫਸਰ

- ਨੋਟ :**
1. ਵੇਚਰਾਂ ਨੂੰ ਅਟੈਗ ਕਰਕੇ ਫਾਈਲ ਵਿੱਚ ਨੱਥੀ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ।
 2. ਬਿੱਲ ਡਿਸਚਾਰਜ ਹੋਣ ਤੋਂ 6 ਮਹੀਨੇ ਦੇ ਅੰਦਰ ਭੇਜਿਆ ਜਾਵੇ।
 3. ਕਰਮਚਾਰੀ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਕਰਾਰ/ਮਾਨਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹਸਪਤਾਲ ਤੋਂ ਆਪਣਾ ਇਲਾਜ ਕਰਵਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਖਰਚੇ ਦੀ ਅਦਾਇਗੀ ਸਰਕਾਰੀ ਚੇਟਾਂ ਤੇ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।