**CGHS Contribution Payment Form**

**(For Pensioner)**

सेवा में,

संयुक्त सचिव (प्रशा.)

सी.एस.आई.आर मुख्यालय,

अनुसंधान भवन, रफी मार्ग,

नई दिल्ली- 110001

महोदय,

सविनय निवेदन इस प्रकार हैं कि मैं आपके कार्यालय से दिनांक\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ को \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ पद से निम्न ग्रेड पे \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ से सेवानिवृत्त हो रहा/ रही हूँ, चुका हूँ और मैं सी.एस.आई.आर पेंशनर के रूप में सी.जी.एच.एस की सुविधाओं की आवश्यकता हैं । अतः आपसे अनुरोध हैं कि मुझे नया पेंशनर CGHS कार्ड / कार्ड न.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ का नवीनीकरण दिनांक \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ से \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ तक करने की कृपा करें। सेवानिवृत्ति के समय अंतिम आहरित वेतन के अनुसार एक वर्ष / आजीवन CGHS का अंशदान रुपए \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ है ।

प्राथी,

PPO No.

DOB:

DOR: (हस्ताक्षर)

Mail ID: नाम (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

पता\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

मोबाईल न. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

स.8-3(6)/2019-मेडिकल

**मेडिकल अनुभाग**

रोकड़/लेखा अनुभाग से अनुरोध है कि \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_बैंक का चेक संख्या \_\_\_\_\_\_\_\_\_ दिनांक\_\_\_\_\_\_\_\_₹\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) सेवानिवृत दिनांक \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ से सी.जी.एच.एस की सुविधा/ कार्ड न.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ पर दिनांक\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ से\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ तक नवीनीकरण/आजीवन/वार्षिक CGHS अंशदान विस्तार हेतु प्राप्त करें ।

उपरोक्त भुगतान की रसीद/ पावती कृपया मेडिकल अनुभाग को भेजने की कृपा करें ।

अनुभाग अधिकारी

(मेडिकल अनुभाग)

अनुभाग अधिकारी

(लेखा एव परीक्षा अनुभाग)