

**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 हूँ। अतः आपसे अनुरोध है 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 _____ ₹ _____ (_____) सेवानिवृत्त 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)