

પત્રક-અ

જી.એમ.ઇ.આર.એસ, જનરલ હોસ્પિટલ, ગાંધીનગર

વયસ્ક વ્યક્તિઓની તબીબી સેવાઓ માટે ગૃહ મુલાકાત યોજના માટેનું અરજી પત્રક

૧. વયસ્ક વ્યક્તિનું નામ :

૨. ઉંમર : વર્ષ

૩. જાતિ : પુરુષ / સ્ત્રી

૪. સરનામું :

૫. ટેલીફોન નંબર : ૧)

૬. મોબાઇલ નંબર : ૧) ૨)

૭. ઇ-મેઇલ આઇ.ડી.

૮. પાલક વ્યક્તિનું નામ :

ઉંમર :

જાતિ :

મોબાઇલ નંબર : ૧) ૨)

ઇ-મેઇલ આઇ.ડી. :

૯. બિડાણ : આધાર કાર્ડ / ચુટણી કાર્ડ / પાસપોર્ટ / રહેઠાણનો પુરાવો.

-:બાહેધરી:-

આથી હું નીચે સહી કરનાર શ્રી/શ્રીમતી/કું _____ બાહેધરી આપું છું કે વયસ્ક વ્યક્તિઓની તબીબી સેવાઓ માટેની ગૃહ મુલાકાતની યોજના રાજ્ય સરકાર ધ્વારા સમયાંતરે રૂટીન ચેક અપ માટેની ચેરીટી યોજના છે. તે હું બરાબર સમજું છું અને આ યોજનાની અમલવારી દરમિયાન કોઇ પ્રતિકુળ પરિસ્થિતિ ઉભી થાય તો તેના માટે હું કોઇ હક્ક, દાવો કરીશ નહીં, જે અંગેની હું બાહેધરી આપું છું.

તારીખ :

સહી:- (વયસ્ક/કેર ટેકરની સહી)

નામ: