



7. प्रारंभिक नियुक्ति की तिथि : \_\_\_\_\_  
Date of initial appointment

8. सेवानिवृत्ति की तारीख : \_\_\_\_\_  
Date of retirement

9. आवासीय पता : \_\_\_\_\_

Residential Address : \_\_\_\_\_

10. दूरभाष संख्या : \_\_\_\_\_  
Telephone No.

11. स्वास्थ्य केन्द्र पंजीकरण संख्या: \_\_\_\_\_  
Health Centre Membership No. (if any)

सत्यापित किया  
Verified by:

\_\_\_\_\_

कर्मचारी के हस्ताक्षर  
Signature of the Employee

**नोट / Note:**

'प्रत्यक्ष भुगतान सुविधा' के तहत चिकित्सा उपचार का दुरुपयोग एक दंडनीय अपराध है। जान-बूझकर तथ्यों को छुपाने पर तथा झूठी जानकारी या सूचना देने पर उचित कार्रवाई सहित चिकित्सा कार्ड रद्द कर दिया जाएगा। सेवारत कर्मचारियों के संदर्भ में उचित अनुशासनिक कार्रवाई की जाएगी।

Misuse of Medical I-Card "Under Direct Payment Facility" is a criminal offence. Suitable action including cancellation of medical I-card shall be taken in case of willful suppression of facts or submission of false information/statements. Suitable disciplinary action shall be taken in case of serving employees.