

प्रारंभिक अनुबंध की तिथि :

Date of initial engagement : -----

वर्तमान अनुबंधित समय की अवधि : प्रारंभिक तिथि..... से

Present period of contract : w.e.f. ----- to-----

आवासीय पता :

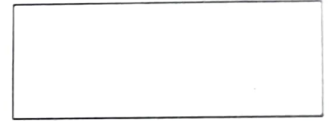
Residential Address : -----

दूरभाष संख्या :

Telephone No.

कार्ड की वैधता तिथि / Card validity date : -----

सत्यापित किया
Verified by



कर्मचारी के हस्ताक्षर
Signature of Employee

नोट/Note:

इस चिकित्सा उपचार कार्ड का दुरुपयोग एक दंडनीय अपराध है। जान-बूझकर तथ्यों को छुपाने पर तथा झूठी जानकारी या सूचना देने पर उचित कार्यवाही सहित चिकित्सा कार्ड रद्द किया जाएगा। सेवारत कर्मचारियों के संदर्भ में उचित अनुशासनिक कार्यवाही की जाएगी।

Misuse of Medical I-Card is a criminal offence. Suitable action including cancellation of Medical I-Card shall be taken in case of wilful suppression of facts or submission of false information/statements. Suitable disciplinary action shall be taken in case of serving employees.

उपचार के लिए सभी चिकित्सा व्यय अर्थात् परामर्श/ओ.पी.डी., डायग्नोस्टिक, पैथोलॉजी, रेडियोलॉजी, प्रक्रियाएँ और ओपीडी शुल्क आदि संबंधित संविदा कर्मचारियों द्वारा स्वयं वहन किए जाएंगे। विश्वविद्यालय किसी भी प्रकार के बिलों के भुगतान के लिए जिम्मेदार नहीं होगा।

All the medical expenditure for treatment i.e. Consultation/OPD, Diagnostic, Pathology, Radiology, Procedures & IPD charges etc. shall be borne by the concerned contractual staff.

वचनबद्धता UNDERTAKING

मैं _____ दिल्ली विश्वविद्यालय का/की संविदा कर्मचारी हूँ। मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि मैं स्वयं और मेरे आश्रित परिवार के सदस्यों के लिए दिल्ली विश्वविद्यालय के पैजलबद्ध अस्पताल से चिकित्सा सुविधा प्राप्त करूंगा/करूंगी सभी चिकित्सा व्यय, शुल्क इत्यादि मेरे द्वारा वहन किए जाएंगे।

I _____ am a contractual Employee of the University of Delhi. I hereby declare that I shall avail Medical facility from empanelled Hospitals with the University of Delhi for self & my dependent family members. All medical expense, charges etc. shall be borne by me.

कर्मचारी का नाम
Name of Employee