

નામ : _____
હોદ્દો : _____
સરનામું : _____
કોન : _____
તારીખ : _____

પ્રતિ,
કુલસચિવશ્રી,
(મહેકમ વિભાગ)
સરદાર પટેલ યુનિવર્સિટી
વલ્લભ વિધાનગર-૩૮૮૧૨૦
તા. અને જી. આણંદ.

વિષય : મેડીકલ કાર્ડ ઇસ્ચુ કરવા બાબત.

સંદર્ભ : યુનિવર્સિટી હેલ્થ સેન્ટર બાબતનો પરિપત્ર નંબર :બી/૪૧/૪૫૬૪ તા. ૨૮-૦૯-૨૦૧૭.

મે. સાહેબશ્રી/ બહેનશ્રી,

સવિનય જણાવવાનું કે મારે યુનિવર્સિટી હેલ્થ સેન્ટરમાં ઉપરોક્ત સંદર્ભના પરિપત્રના અનુસંધાનમાં મેડીકલ સારવાર લેવાના હેતુસર મેડીકલ કાર્ડની જરૂર હોવાથી કાઢી આપવા વિનંતી છે.

મારા કુટુંબની વિગતો નીચે પ્રમાણે છે.

ક્રમ	કુટુંબના સભ્યનું નામ	ઉંમર	જાતિ	કર્મચારી સાથેનું સગપણ	ધંધો/ પ્રવૃત્તિ	માસિક આવક
૧						
૨						
૩						
૪						
૫						
૬						
૭						

બાંહેધરી :

ઉપરોક્ત મેડીકલ કાર્ડ માટે આપેલ મારા કુટુંબના સભ્યોની માહિતી સંપૂર્ણ પાલો સાચી છે અને જો આપેલ માહિતી ખોટી પુસ્તકાર થશે તો તેના માટે યુનિવર્સિટી જે પગલાં લેશે તે મને માન્ય રહેશે.

આ સાથે રેશનકાર્ડ ફોટોકોપી, આધારકાર્ડ(તમામ સભ્યો) ફોટોકોપી, સ્ટેમ્પ સાઈઝ ફોટોગ્રાફ (ફક્ત કર્મચારીનો), કોલેજ/ઈન્સ્ટીટ્યુટ ઓળખપત્રની ફોટો કોપી (જે લાગુ પડતું હોય તે) સામેલ છે.

આપનો/ આપની વિશ્વાસુ

વિભાગીય વડાશ્રી/પિન્ડિસાલશ્રીની સહી તથા સીકકો

(.....)