

सभासदाचे नांव व पत्ता :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

फोन नं. : \_\_\_\_\_

दिनांक : \_\_\_\_\_

मा. अध्यक्ष / सरव्यवस्थापक,  
दि कल्याण जनता सहकारी बँक लि.  
मुख्य कार्यालय, कल्याण (प.)

विषय : सभासद कल्याण निधी योजनेअंतर्गत मिळणा-या वैद्यकीय मदतीबाबत.

महोदय,

मी, आपल्या बँकेचा सभासद असून माझा **सभासद क्रमांक** \_\_\_\_\_ आहे. मला खाली नमूद केलेल्या कारणासाठी, सभासद कल्याण निधीअंतर्गत मदत मिळावी यासाठी अर्ज करित आहे.

(ज्या कारणासाठी वैद्यकीय मदत हवी असेल, त्यासमोर (✓) खूण करावी व दिनांक लिहावा.)

	दिनांक		दिनांक
1) अपघाताने किंवा नैसर्गिकरित्या अपंगत्व	<input type="text"/>	6) किडनी ट्रान्सप्लांट	<input type="text"/>
2) अँन्जीओग्राफी	<input type="text"/>	7) कॅन्सर	<input type="text"/>
3) अँन्जीओप्लास्टी	<input type="text"/>	8) मोतीबिंदू ऑपरेशन	<input type="text"/>
4) बायपास सर्जरी	<input type="text"/>	9) एम. आर. आय.	<input type="text"/>
5) मेजर ब्रेन सर्जरी	<input type="text"/>	10) स्कॅनिंग	<input type="text"/>

तरी, आपणास विनंती की, सदर रक्कम खाते क्र. \_\_\_\_\_ शाखा \_\_\_\_\_ येथे जमा करावी.

आपला,

( टिप:- अधिक माहितीसाठी कृपया मागे पहा )

(सभासदाची सही)

(कार्यालयीन उपयोगासाठी)

मा.डॉ. श्री. प. वि. कारखानीस / मा.डॉ. सौ. ली. ल. काटकर यांस,

बँकेचे सभासद श्री.सौ./कु. \_\_\_\_\_ यांनी

सभासद कल्याण निधी वैद्यकीय मदत योजनेअंतर्गत \_\_\_\_\_ कारणासाठी

मदत मागणी अर्ज केला आहे. सभासद कल्याण निधी समितीच्या निर्देशाप्रमाणे सदर अर्ज अभिप्राय देण्यासाठी

आपणाकडे पाठवित आहेत. अर्जासोबत आवश्यक त्या कागदपत्रांच्या प्रती जोडल्या आहेत. कृपया आपण

आपला अभिप्राय द्यावा, त्यानंतर सदर अर्ज मंजूरीकरिता समिती सभेपुढे ठेवण्यात येईल.

वरिष्ठ अधिकारी

अभिप्राय :- \_\_\_\_\_

सही/-