



શ્રી વિશાનીયા વૈષ્ણવ પંચ સમુદાય

: કાર્યાલય : C/o. નવનીતભાઈ પી. મહેતા

૩/૧૭. મ્યુનિ. શોર્પીંગ સેન્ટર, પ્રથમ માળે, બગીચા સામે,

મુ. ગોધરા - ૩૮૯૦૦૧, જી. પંચમહાલ

ફોન નં. : (૦૨૬૭૨) (ઓ.) ૨૪૧૬૨૧ (રહે.) ૨૪૦૦૧૧, મો. ૯૪૨૮૫૧૨૧૮૪

Email : vnvpanch@gmail.com

Website : www.vishanimavaishnav.com

For Office Use

મ. તા. :

રિમાર્ક :

ચેક નં. :

રોકડા :

ફક્ત બેંક માટે :

ફોર્મ ભર્યા તારીખ :

આજીવન સભ્ય નંબર :

વસ્તીપત્રક કુટુંબ નંબર :

મેડીકલ સહાય ફોર્મ

પ્રતિશ્રી

પ્રમુખશ્રી/મંત્રીશ્રી, વિશાનીયા વૈષ્ણવ પંચ સમુદાય - ગોધરા
આપણા પંચ સમુદાય અન્વયે ચાલતી મેડીકલ સહાય માટે મદદ માટે અપિલ કરુ છું
મારી માહિતી નીચે મુજબ છે.

(૧) પુરેપુર નામ (દાદાના નામ સાથે) _____

(અટક પહેલાં લખવી)

(૨) સરનામું (ટપાલ માટે) _____

(૩) કુટુંબની વાર્ષિક આવક રૂ. _____

(૪) ધંધો-નોકરી (અરજદારનો) _____

(૫) મુખ્ય વ્યક્તિની જન્મ તારીખ / ઉંમર : _____

(૬) આજીવન સભ્ય નંબર : _____

કુટુંબના બધા સભ્યોની કુલ વાર્ષિક આવક : _____

સભ્યોની સંખ્યા _____

ધંધો / નોકરી / રીટાયર્ડ _____

મેડીકલ સહાય

દર્દીનું નામ : _____ રોગનું નામ : _____

હોસ્પિટલ / ડૉક્ટરનું નામ : _____

કેટલા વખતથી રોગ છે ? _____ કુલ થયેલ ખર્ચ _____

કેટલી મદદની જરૂર છે. _____

મેડીકલેઈમ છે કે કેમ ? _____ મેડીકલેઈમમાંથી મળેલ મદદ _____

બેંકની વિગત :

ખાતુ હોય તે બેંકનું નામ :

દર્દીની/અરજદારની સહી : _____

ખાતા નંબર :

IFSC Code No. :

ગામ :

બેંકનું સરનામું :

કારોબારીના પ્રતિનિધિએ ભરવાનું ફોર્મ

૧. શ્રી વિશાનીમા પંચ સમુદાય દ્વારા સંચાલિત કોઈપણ યોજનાનો લાભ મેળવવા માટે કુટુંબના વડાએ આજીવન સભ્યપદ મેળવવું જરૂરી છે.

૨. આ અરજદારને રૂ. ની મદદ કરવી જરૂરી લાગે છે.

૩. મેડીકલ સહાયમાં ગામના પ્રતિનિધિની સહી જરૂરી છે.

૪. ફોર્મ પુરેપુરુ ભરેલુ હોવું જરૂરી છે. અધુરુ હોય અથવા કોઈ વિગત નહીં હોય તો રદ કરાશે. (નોટીસ વિના)

૫. મેડીકલ સહાય માટે ગમે તે સમયે અરજી કરી શકશે. તેમજ બીલ તથા રીપોર્ટની ઝેરોક્ષ/નકલ સામેલ કરવી.

૬. તમે મેડીકલેઈમ વીમો લીધેલ છે કે કેમ ? જો હા હોય તો કેટલી રકમની માંગણી કરેલ છે.

માંગણી કરેલ રકમ :

મંજૂર થયેલ રકમ :

પ્રતિનિધિનું નામ :

સરનામું :

ગામ :

મોબાઈલ નંબર :

પ્રતિનિધિની સહી :

ખાસ નોંધ : કૃપા કરી ફોર્મ ગુજરાતીમાં ભરવું.