

Annexure 8

प्रार्थना पत्र का प्रारूप

सेवा में,

दिनांक :

चिकित्सा अधीक्षक,  
गॉंधी स्मारक एवं सम्बद्ध चिकित्सालय,  
किंग जार्ज चिकित्सा विश्वविद्यालय उ0प्र0,  
लखनऊ।

महोदय,

निवेदन है कि मेरा स्वयं/पति/पत्नी/माता/पिता/पुत्र/पुत्री का उपचार  
आपके अधीनस्थ चिकित्सालय के .....विभाग  
में हुआ है। मेरे इस उपचार में कुल रूपया ..... का व्यय हुआ  
है। उपचार सम्बन्धित सभी बिल/रसीद डा0 .....  
द्वारा सत्यापित कर संलग्न किया है।

अतः आपसे अनुरोध है उपचार के बिल को प्रतिहस्ताक्षरित करने की कृपा करें।

संलग्न : (मूलरूप में)

भवदीय/ प्रार्थिनी

1. फार्म A or B
2. OPD Ticket or Discharge Certificate
3. बिल/वाउचर/रसीद

हस्ताक्षर : .....

नाम : .....

पूरा पता: .....

.....

.....

मो0नं0 .....