

POST-RETIREMENT MEDICAL ASSISTANCE SCHEME
RENEWAL APPLICATION FORM FOR THE YEAR 2016-2017 / புதுப்பித்தல் விண்ணப்பம் 2016-2017
(Last date for submission of renewal form: 31-03-2017)

From

Date:

My contact STD / Cell Phone Number
(எனது தொலைபேசி தொடர்பு எண்)

My e-mail ID:

To
The General Manager / HR (BCC)
P.R. Building, Block-2,
NLC limited, NEYVELI 607 801.

Sir,

Sub: Post-Retirement Medical Assistance Scheme – Renewal form for the year 2016-2017
புதுப்பித்தல் விண்ணப்பம் 2016-2017 – Reg.
* * * * *

I have received the medical assistance for the year 2015-2016 through cheque (or) through E-payment as detailed below. 2015-2016 ஆண்டிற்கான மருத்துவ உதவித்தொகையை கீழ்க்கண்ட காசோலை (அல்லது) மின் பட்டுவாடா மூலமாக பெற்றுக்கொண்டேன், E-payment for Rs.

Cheque for Rs.

No..... **Dated:**

Please accept this renewal application for the year 2016-2017. I assure that I am not in receipt of any other medical facility from NLC General Hospital for me and for my spouse. இந்த 2016-2017ம் ஆண்டிற்கான புதுப்பித்தல் விண்ணப்பத்தை பெற்றுக்கொள்ள வேண்டுகிறேன். மேலும் நானும் எனது துணைவரும் / துணைவியும் என்.எல்.சி, பொதுமருத்துவமனை மூலம் மருத்துவ வசதி பெறவில்லை என்று உறுதியளிக்கிறேன்.

(Photograph of spouse)
துணைவர் /
துணைவியாரின்
புகைப்படம்

Name of the retired employee /
ஓய்வு பெற்றவரின் பெயர் :.....
பிறந்த தேதி (DOB):/...../.....

(Photograph of retired employee)
ஓய்வு
பெற்றவரின்
புகைப்படம்

Name of the spouse
துணைவர் /
துணைவியாரின் பெயர் :
பிறந்த தேதி (DOB):/...../.....

I shall abide by the rules of PRMA & PRMI. PRMA மற்றும் PRMI ன் சட்டதிட்டங்களுக்கு கட்டுப்படுகிறேன்.

Yours faithfully,
தங்கள் உண்மையுள்ள

Signature of Spouse
துணைவர் / துணைவியாரின் கையொப்பம்

Signature of Retired Employee
பணிமூப்பு பெற்றவரின் கையொப்பம்

LIFE CERTIFICATE (வாழ் நாள் சான்றிதழ்)

It is certified that the retired employee and spouse (as above in the photo) are alive and signed before me on this day. மேலே உள்ள புகைப்படத்தில் காணப்படும் பணிமூப்பு பெற்றவர் மற்றும் துணைவர் / துணைவியார் இது நாள் வரை உயிருடன் உள்ளனர்.

(எனது முன்னிலையில் இந்த புகைப்படத்தில் உள்ள நபரின் / நபர்களின் கையெழுத்து அல்லது இடது கைபெருவிரல் ரேகை இடப்பட்டது)

SIGNATURE OF ATTESTING OFFICER AND SEAL

Bank Manager / VAO / Panchayat President / School Head Master / Registered Doctor / NLC Executives in the rank of DM and above

வங்கி மேலாளர் / கிராம நிர்வாக அலுவலர் / ஊராட்சி மன்ற தலைவர் / பள்ளி தலைமை ஆசிரியர் / பதிவு பெற்ற மருத்துவர் / என்.எல்.சி, அதிகாரிகள் - துணை மேலாளர் மற்றும் அதற்கும் மேல் உள்ள அதிகாரிகள்

For your kind reference தங்களது குறிப்பிற்கு:-

Lr.No.CORP/HR/ES/PRMA/1300/2016

Dated:

Ref: Medical identity Card No.....

Name: Smt. / Shri.....

CPF No:

Encl: Cheque for Rs.....No..... dt :

E-payment for Rs.....