



સરદાર પટેલ યુનિવર્સિટી
પોસ્ટ બોક્સ નં.૧૦
વલ્લભ વિધાનગર
(ગુજરાત)-૩૮૮૧૨૦

Phone : (02692) 226815
Fax No. : (02692) 236475

નંબર : બી/ હેલ્થ સેન્ટર/ ૪૯૫૯

તા. ૧૨/૧૦/૨૦૧૭

પ્રતિ,
આચાર્યશ્રી
યુનિ. સંલગ્ન કોલેજ/ઈન્સ્ટીટ્યુટ,
સરદાર પટેલ યુનિવર્સિટી
વલ્લભ વિધાનગર.

પ્રતિ,
વડાશ્રી
અનુ. વિભાગો
સરદાર પટેલ યુનિવર્સિટી
વલ્લભ વિધાનગર.

પ્રતિ,
વડાશ્રી
વહિવટી વિભાગો
સરદાર પટેલ યુનિ.
વલ્લભ વિધાનગર.

વિષય : યુનિવર્સિટી હેલ્થ સેન્ટરમાં સારવાર બાબત.

સંદર્ભ : પરિપત્ર નંબર : બી/૪૧/૪૫૬૪ તા. ૨૮/૦૯/૨૦૧૭.

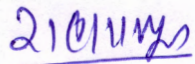
મહોદયશ્રી,

જય ભારત સહ ઉપરોક્ત પત્ર સંદર્ભે જણાવવાનું કે સરદાર પટેલ યુનિવર્સિટી હેલ્થ સેન્ટરમાંથી તબીબી સારવાર મેળવવા માટે યુનિવર્સિટીના અનુસ્નાતક વિભાગો તેમજ સંલગ્ન કોલેજોના શૈક્ષણિક તેમજ વહિવટી સ્ટાફે પરિપત્રમાં દર્શાવેલ તા. ૩૧/૧૦/૨૦૧૭ પહેલા યુનિવર્સિટીના મહેકમ વિભાગ ખાતેથી ફોર્મ મેળવી જરૂરી બિડાણો સહિત રજૂ કરવાથી તેઓને ઓળખપત્ર આપવામાં આવશે. તા. ૩૧/૧૦/૨૦૧૭ બાદ નવા ઓળખપત્ર સિવાય યુનિવર્સિટી હેલ્થ સેન્ટર ખાતેથી તબીબી સારવાર મેળવી શકશે નહીં.

આ સિવાય આપની કોલેજ/ ઈન્સ્ટીટ્યુટમાંથી જો કોઈ શૈક્ષણિક /વહિવટી કર્મચારી રાજીનામું/ સ્વૈચ્છીક નિવૃત્ત/મૃત્યુ થાય તો તેની જાણ મહેકમ વિભાગ તેમજ યુનિ. હેલ્થ સેન્ટરને અલગથી કરવાની રહેશે.

ઓળખપત્ર મેળવવા માટે ફોર્મ સાથે નીચે મુજબના જરૂરી દસ્તાવેજ રજૂ કરવાના રહેશે. ઓળખ પત્ર મેળવવા માટેનું ફોર્મ આ સાથે સામેલ છે.

- (૧) રેશનકાર્ડની ફોટોકોપી
- (૨) આધાર કાર્ડની ફોટોકોપી (કુટુંબના તમામ સભ્યોની)
- (૩) સ્ટેમ્પ સાઈઝ ફોટોગ્રાફ (ફક્ત કર્મચારીનો)
- (૪) કોલેજ / ઈન્સ્ટીટ્યુટના ઓળખપત્રની ફોટો કોપી.


કુલસચિવ

બિડાણ : ઉપરોક્ત મુજબ.

નામ :.....
 હોદ્દો :.....એમ્પ્લોઈ નં:
 સરનામું :.....
 ડોન નં :.....બ્લડ ગ્રુપ:
 ઈ-મેઈલ :.....
 તારીખ :...../...../૨૦.....

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

વિષય : મેડીકલ કાર્ડ ઈસ્યુ કરવા બાબત.

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

મે. સાહેબશ્રી,

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

મારા કુટુંબની વિગતો નીચે પ્રમાણે છે.

ક્રમાંક	કુટુંબના સભ્યનું નામ	ઉંમર	જાતિ	કર્મચારી સાથેનું સગપણ	દંધો/પ્રવૃત્તિ	માસિક આવક
૧.						
૨.						
૩.						
૪.						
૫.						
૬.						
૭.						

બાંહેધરી:

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

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

આભાર સહ,

આપનો વિશ્વાસુ,

(.....)

વિભાગીય વડાશ્રી/ પ્રિન્સીપાલશ્રીની સહી તથા સિક્કો