



શ્રી ગોહિલવાડ દશાશ્રીમાળી સેવા સંઘ, બોરીવલી

REGD. NO. MH 222-1983 G.B.B.S.D.

શ્રી મૂળજીભાઈ ગોપાળજીભાઈ મહેતા પરિવાર (વિરાટ) પ્રેરિત બોરીવલી કાર્યાલય
બોરીવલી ઓફીસ : ૧૦૧, શ્રીમદ્ ગોકુલ, અનિલભાઈ દેસાઈ રોડ, મંડપેશ્વર સિવિક ફેડરેશન (MCF) થી આગળ,
બોરીવલી (વેસ્ટ), મુંબઈ - ૪૦૦ ૦૯૨. ફોન : (૦૨૨) ૨૮૯૦ ૮૯૯૪

શ્રી કે.ટી. પરિવાર (વસઈ) પ્રેરિત કે. ટી. વાડી

વસઈ ઓફીસ : કે.ટી. વાડી, કે.ટી.વિલેજ, વસઈ (વેસ્ટ), પાલઘર - ૪૦૧ ૨૦૨. ફોન : (૦૨૫૦) ૨૩૩ ૧૯૨૮

E-mail : sgdss1983@gmail.com / Website : www.gohilwadsangh.org

સંચાલિત

શ્રી ગુણવંતરાય જયંતિલાલ શેઠ (રાઠોડ)
તથા શ્રીમતી મધુકાંતાબેન ગુણવંતરાય શેઠ પ્રેરિત

હોસ્પિટલાઈઝેશન અને મેડીકલ યોજના

ફોર્મ નંબર _____

તારીખ _____

સભાસદનું પુરું નામ : _____ સભાસદ નંબર : _____

દર્દીનું પુરું નામ : _____ સભાસદ સાથે સંબંધ : _____

ઘરનું સરનામું : _____

_____ મૂળવતન : _____

ઘરનો ટેલીફોન નંબર : _____ મોબાઈલ નંબર : _____

બિમારીનો પ્રકાર : _____ સારવાર લીધેલ સમય / મહિનો _____

સારવાર આપતા ડૉક્ટર તથા હોસ્પિટલનું નામ : _____

સારવાર માટે થયેલ ખર્ચની સંપૂર્ણ વિગત : _____
(ખર્ચના ઓરિજિનલ / બીલ / રસીદ સાથે લગાડવા)

સભાસદના સભ્યોની સંખ્યા : _____

અન્ય સંસ્થાઓમાથી મળતી / મેળવેલી સહાયની વિગત : _____

અને સંસ્થાનું નામ : _____

હું ખાત્રી આપું છું કે રજૂ કરેલ બીલ અને ખર્ચની રકમ દર્દીની સારવાર માટે જ વપરાયેલ છે.

_____ દર્દી / સભાસદની સહી

સેવાસંઘના ટ્રસ્ટીઓ / કારોબારી સમિતિના સભ્યો, અથવા સમાજની કોઈપણ એક પ્રતિષ્ઠિત વ્યક્તિની ભલામણ.
હું અરજદારને ઓળખું છું અને ઉપર જણાવેલ વિગત મારી જાણ પ્રમાણે બરાબર છે.

ભલામણ કરનારનું નામ / ફોન નંબર _____

તારીખ _____ સહી _____

ઓફિસ ઉપયોગ માટે

મંજૂર કરેલ વેધકિય રાહતની રકમ રૂ. _____