

सभासदाचे नांव : \_\_\_\_\_  
पत्ता : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

फोन नं. : \_\_\_\_\_  
दिनांक : \_\_\_\_\_

मा. अध्यक्ष / सरव्यवस्थापक,  
दि कल्याण जनता सहकारी बँक लि.,  
मुख्य कार्यालय, 'निहारिका',  
कल्याण (प.)

महोदय,

विषय : विनामूल्य वैद्यकीय तपासणीसाठी अर्ज

मी आपल्या बँकेचा/ची सभासद असून माझा सभासद क्रमांक \_\_\_\_\_ आहे. सभासद कल्याण

निधी अंतर्गत वैद्यकीय तपासणीसाठी मी अर्ज करित आहे. बँकेने निर्धारित केलेल्या हॉस्पिटल पैकी

\_\_\_\_\_ हॉस्पिटल येथे मी सदर तपासणी करू इच्छितो./इच्छिते.

( फक्त पुरुष सभासदांकरिता) माझे आज रोजी वय : \_\_\_\_\_ वर्षे आहे.

(सभासदांसाठी स-नी)

-----

वैद्यकीय तपासणीसाठी आवश्यक अर्हता:

- 1) सभासदत्वास (Date of Membership) दोन वर्षे पूर्ण असणे आवश्यक.
- 2) पुरुष सभासदांचे वय वर्षे 60 पूर्ण असणे आवश्यक (कृपया वयाच्या दाखल्याबाबतचे कागदपत्र सोबत आणावे)
- 3) महिला सभासदांना वयाची अट नाही.

\* कृपया सभासद ओळखपत्र सोबत आणावे \*

❖ खालील प्रमाणे तपासण्या करण्यात येतील.

1) ब्लड - सी.बी.सी., एच.बी. 2) ब्लड शुगर (रॅन्डम) 3) युरीन (रुटीन) 4) ई.सी.जी.

5) एक्झामिनेशन बाय फिजीशियन

❖ वरील व्यतिरिक्त, महिलासभासदां करिता, गायनॅकोलॉजिकल एक्झामिनेशन करण्यात येईल.