कृपया दोनों भाषाओं में भरे / PLEASE FILL IN BOTH LANGUAGE	
कर्मचारी कोड/ Employee Code	



दिल्ली विश्वविद्यालय, दिल्ली-110007 UNIVERSITY OF DELHI, DELHI-110007

चिकित्सा	उपचार	कार्ड	विश्वविद्यालय	अनुमोदित	अस्पतालों	से	अनुबंध	पर	कार्यरत	कर्मचारियों	के	लिए	
IDENTIT	Y CARE	FOR	MEDICAL TRE	ATMENT II	N THE APP	PRC	VED HC	SPI	TALS FO	OR CONTRA	₹CT	UAL S	STAFF

कर्मचारी का नाम	:
Name of Employee	
पिता /पति का नाम	:
Father's/Husband's Name	:
पदनाम	:
Designation	·
विभाग/अनुभाग	
Department /Section	<u></u>
संविदात्मक शुल्क	:
Contractual Fee	;
आश्रित परिवार के सदस्यों का विवरणः	

Details of dependents Family Members on him/her:-

क्रम	नाम	कर्मचारी से संबंध	जन्म तिथि/	टिप्पणी
संख्या Sr. No.	Name	Relationship with the employee	Date of Birth	Remarks
110.			,	
			,	

प्रारंभिक अनुबंध की तिथि :	
Date of initial engagement :	
वर्तमान अनुबंधित समय की अवधि : प्रारंभिक तिथि से	
Present period of contract : w.e.f to to	
आवासीय पता :	
Residential Address :	
दूरभाष संख्या : Telephone No.	
कार्ड की वैघता तिथि / Card validity date :	
सत्यापित किया	कर्मचारी के हस्ताक्षर
Verified by	Signature of Employee
<u> नोट/Note:</u>	
इस विकित्सा उपचार कार्ड का दुरूपयोग एक दंडनीय अपराघ है। जान-बृङ्गकर तथ्यों को छुपाने पर तथा झूटी जानका चिकित्सा कार्ड रदद किया जाएगा। सेवारत कर्मचारियों के संदर्भ में उचित अनुशासनिक कार्यवाही की जाएगी।	ारी या सूचना देने पर उचित कार्यवाही सहित
Misuse of Medical I-Card is a criminal offence. Suitable action including cancellation in case of wilful suppression of facts or submission of false information/statements. be taken in case of serving employees.	
उपचार के लिए सभी चिकित्सा व्यय अर्थात परामर्श/ओ.पी.डी., डायग्नोरिटक, पैथोलॉजी, रेडियोलॉजी, प्रकियाएँ और ओपीर्ड स्वयं वहन किए जाएंगे । विश्वविद्यालय किसी भी प्रकार के बिलों के भुगतान के लिए जिम्मेदार नहीं होगा।	ो थुल्क आदि संबंधित संविदा कर्मचारियों द्वारा
All the medical expenditure for treatment i.e. Consultation/OPD, Diagnostic, Patholog charges etc. shall be borne by the concerned contractual staff.	gy, Radiology, Procedures & IPD
वचनब्द्ता UNDERTAKING	
मैं दिल्ली विश्वविद्यालय का/की संविदा कर्मचारी हूं	। मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती ह कि मैं
स्वयं और मेरे आश्रित परिवार के सदस्यों के लिए दिल्ली विश्वविद्यालय के पैनलबद्ध अस्पताल से चिनि चिकित्सा व्यय, शुल्क इत्यादि मेरे द्वारा वहन किए जाएंगे।	केत्सा सुविधा प्राप्त करूगां / करूगीं सभी
I am a contractual Employee of the University	y of Delhi I hereby declare that I shall
avail Medical facility from empanelled Hospitals with the University of Delhi for self & my de expense, charges etc. shall be borne by me.	spendent family members. All medical