ਪੰਜਾਬੀ ਯੂਨੀਵਰਸਿਟੀ ਪਟਿਆਲਾ
ਹੈਲਥ ਸੈਂਟਰ
ਦਵਾਈਆਂ ਦੇ ਖਰਚੇ ਦੀ ਪ੍ਰਤਿ ਪੁਰਤੀ ਦਾ ਬਿਲ ਫਾਰਮ

1. ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਨਾਂ _____

2. ਕਰਮਚਾਰੀ ਦਾ ਨਾਂ, ਅਹੁੱਦਾ ਅਤੇ ਵਿਭਾਗ _____ਜਿਸ ਤੇ ਮਰੀਜ ਨਿਰਭਰ ਹੈ ।

3. ਸ਼ਨਾਖਤੀ ਕਾਰਡ ਨੰ:_____ 4.ਬਿਮਾਰੀ _____

5. ਇਲਾਜ ਦਾ ਸਮਾਂ _____ ਤੋ _____ ਤੱਕ

6. ਯੂਨੀਵਰਸਿਟੀ ਹੈਲਥ ਸੈਂਟਰ ਦੇ ਓ.ਪੀ.ਡੀ.ਟਿਕਟ ਨੰ_____ ਮਿਤੀ_____ ਰਾਹੀਂ ਕੇਸ ਰਾਜਿੰਦਰਾ ਹਸਪਤਾਲ/ ਮਾਤਾ ਕਸ਼ਲਿਆ ਹਸਪਤਾਲ/ਟੀ.ਬੀ.ਹਸਪਤਾਲ/ਆਯੂਰਵੈਦਿਕ ਹਸਪਤਾਲ, ਪਟਿਆਲਾ ਨੂੰ ਰੈਫਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ ।

ਦਵਾਈ ਦਾ ਨਾਂ ਹੋਰ ਖਰਚੇ	ਦਵਾਈ ਲਿਖਣ ਦੀ ਮਿਤੀ	ਨਕਦ ਰਸੀਦ ਨੰ- ਅਤੇ ਮਿਤੀ	ਰਕਮ ਰੁਪਏ ਪੈਸੇ

ਤਸਦੀਕ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਮੇਰੀ/ਮੇਰਾ ਜਿਸ ਦਾ ਨਾਂ_____ ਹੈ, ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਮੇਰੇ ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਹੈ ਅਤੇ ਮੇਰੇ ਨਾਲ ਰਹਿੰਦਾ/ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਵੀ ਤਸਦੀਕ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਉਸ ਨੂੰ ਜ਼ਮੀਨ/ਮਕਾਨ/ਜਾਇਦਾਦ ਅਤੇ ਹੋਰ ਕਿਸੇ ਸਾਸ਼ਨ ਤੋਂ ਕੋਈ ਆਮਦਨ ਨਹੀ ਹੈ ਅਤੇ ਨਾਂ ਹੀ ਉਸ ਨੂੰ ਕੋਈ ਰਾਜਸੀ ਪੈਨਸ਼ਨ ਆਦਿ ਮਿਲਦੀ ਹੈ ।

ਕਰਮਚਾਰੀ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ
ਅਹੁੱਦਾ _____
_____
_____

(ਕਰਮਚਾਰੀ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ)

_____ ਤਸਦੀਕ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਸ੍ਰੀ/ਸ੍ਰੀਮਤੀ _____ ਦਾ ਉਪਰੋਕਤ ਕੇਸ _____ ਹਸਪਤਾਲ ਨੂੰ ਰੈਫਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ ਅਤੇ ਉਸ ਦੁਆਰਾ ਦਵਾਈਆਂ ਦੀ ਖਰੀਦ/ਹਸਪਤਾਲ ਖਰਚ ਵੱਲੋਂ _____ਰੁ. ਖਰਚ ਕੀਤੇ ਗਏ ਹਨ। ਇਹ ਰਕਮ ਰੀਟਿੰਬਰਸ ਕਰਨ ਯੋਗ ਹੈ ਅਤੇ ਦਵਾਈਆਂ/ਹਸਪਤਾਲ ਨੂੰ ਖਰਚ ਵਜੋਂ _____ ਰੁਪਏ ਦੀ ਅਦਾਇਗੀ ਕਰਨ ਵਾਸਤੇ ਪ੍ਰਵਾਨਗੀ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ।

ਮੁੱਖ ਮੈਡੀਕਲ ਅਫ਼ਸਰ