

फार्म :सी दो प्रतियों में प्रस्तुत करें

मंत्रालय/विभाग के श्री/श्रीमति
से प्राप्त केसस्वायो के कार्डों की माँग के चालान को अपर/संयुक्त निदेशक केसस्वायो के कार्यालय को भेजा जाता है ।

:दो प्रतियों में भेजें :

कुल आवेदन पत्र _____

कम सं संदर्भ संख्या दिनांक किसके लिए

प्राप्ति मोहर
दिनांक _____ तक केसस्वायो का कार्ड वितरण के लिए तैयार हो जाएँगे ।
केसस्वायो का प्राप्ति लिपिक

प्रेषक के हस्ताक्षर
नाम स्पष्ट शब्दों में:

Form (C) (to be submitted in duplicate)

Name _____ of Ministry/ Department _____

**Challan of requisition of CGHS Cards sent to the Office of Additional/Joint Director, CGHS
(To be sent in duplicate)**

Total No. of Applications _____

S.No.	Reference No.	Date	For	Whom
-------	---------------	------	-----	------

Requisitioned			Name/Designation	
---------------	--	--	------------------	--

Receipt Stamp

CGHS Cards likely to be ready for
Delivery on _____
Receipt Clerk CGHS

**Signature of Despatcher
Name in Block letters:**

फार्म 'डी'

श्री _____ पदनाम _____ जिनका पहचान पत्र

सं _____ है को केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना के कार्ड जारी करने हेतु आवेदन

पत्र जमा कराने तथा केन्द्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना के कार्ड प्राप्त करने के लिए प्राधिकृत किया जाता है ।
इनके नमूना हस्ताक्षर नीचे दिए गए हैं ।

नमूना हस्ताक्षर

1 _____

2 _____

केसस्वायो कार्ड/कार्डों की संख्या
प्राप्त किए

प्रायोजित प्राधिकारी के हस्ताक्षर

तिथि एवं समय

प्राप्त करने वाले के हस्ताक्षर

Form *D*

Shri _____ Designation _____ holder of Identity Card

No. _____ is authorised to deliver the Requisitions for issue of CGHS Cards

and also to collect the CGHS Cards.

His specimen signatures are given below

Specimen Signatures

1. _____

2. _____

Signature of the Sponsoring Authority

Received I/Card No(s)

Date & Time

Signature of the recipient.