

શ્રી મોડાસા એકડા વિશા ખડાયતા કોવાડીયા ફેળવણી મંડળ, મોડાસા

સંચાલિત મધ્યમ વર્ગ મેડીકલેમ ગ્રુપ હેલ્થ ઈન્સોરન્સ ટ્રસ્ટ, મોડાસા

- ટ્રસ્ટના મુખ્ય દાતા : (૧) શ્રીમતી ભાનુમતીબેન હસમુખલાલ શાહ, મોડાસા
(૨) શ્રીમતી અંજનાબેન પરેશભાઈ શાહ, મુંબઈ
(૩) રૂા.૧૫૦૦૦૦/- લાખથી વધુ દાન આપનાર અને ટ્રસ્ટ નોંધાવનાર દાતાશ્રીઓ

કાર્યલય : આશિષ હોસ્પિટલ સામે, કડીયાવાડા રોડ, મોડાસા, જિલ્લો : અરવલ્લી, ફોન નં. ૦૨૭૭૪-૨૪૬૮૩૭

સભ્યપદનું ફોર્મ

૧. અરજદારનું પુરૂં નામ : _____
૨. અરજદારના પિતા નામ : _____
૩. અરજદારનું રહેઠાણનું સરનામું : _____
૪. મૂળ વતન : _____ હાલનું ગામનું નામ : _____
૫. વાર્ષિક આવક : _____ (શક્ય હોય તો આવકના પુરાવા રજૂ કરવા)
૬. મોબાઈલ નંબર : _____ ટેલિફોન નંબર : _____

કુટુંબના સભ્યોની વિગત

ક્રમ	નામ	સંબંધ	જન્મ તારીખ	દરેકનો મોબાઈલ નંબર
૦૧				
૦૨				
૦૩				
૦૪				
૦૫				
૦૬				
૦૭				
૦૮				

તારીખ : / / ૨૦૨

અરજદારની સહી _____

ઉપરોક્ત ફોર્મ તા. ૩૧/૧૧/૨૦૨૨ સુધીમાં સંપૂર્ણ વિગત સાથે ભરીને મંડળના કાર્યાલયમાં રૂબરૂ કે પોષ્ટ દ્વારા મોકલી આપવા વિનંતી છે. રૂા. ૨, લાખની આવક મર્યાદા ધરાવતા જ્ઞાતિબંધુઓ લાભ રૂા. ૫૦,૦૦૦/- સુધીના મેડીકલેમનો લાભ આપવામાં આવે છે.

સભ્યની વાર્ષિક ફી રૂા. ૨૫૦/- જે નક્કી કરલે છે, તે ફી રોકડેથી અથવા બેન્કમા ડાયરેક્ટ બેન્કમાં ભરી દેવા વિનંતી છે.

ઓફિસ રેકોર્ડ માટે

નામ : _____

ગામ : _____ ફોર્મ આવ્યા તારીખ : / / ૨૦૨

સભ્ય ફી જમા કરાવેલ તારીખ : / / ૨૦૨

ચેક નંબર _____ કેશ રૂા. _____

બેન્કનું નામ (જે બેન્કમાં જમા કરાવેલ હોય તે) _____