

जमा कराई राशि के रिफण्ड हेतु आवेदन पत्र

1. रोगी का नाम—.....
2. Attendant का नाम व मोबाईल नम्बर, व पूर्ण पता—.....
.....
.....
3. मरीज जहां भर्ती रहा, चिकित्सालय का नाम—.....
.....
4. भर्ती की अवधि—.....
5. चिकित्सक की पर्ची जिस पर रेमडेसिविर/टॉसिलिजुमाब/..... की मांग की गई (पर्ची संलग्न)—.....
6. दवा नहीं मिलने का प्रमाण—पत्र—

प्रमाणित किया जाता है कि आर.एम.एस.सी.एल. के केन्द्रीय ड्रग स्टोर द्वारा मुझे दवाई रेमेडिसिवर/.....
..... की मात्रा.....उपलब्ध नहीं करायी गई है तथा मेरे द्वारा उक्त औषधि हेतु दिनांक.....को
राशि ₹.....निगम के खाता सं.....में जमा करवायी गई है। जिसकी पुष्टि हेतु जमा
की रसीद/यू.टी.आर. नम्बर आदि संलग्न है।

मुझे उक्त राशि निम्नलिखित बैंक खाते में लौटाने का श्रम करावें। यदि मेरे द्वारा गलत भुगतान प्राप्त
किया जाना पाया जावे तो मैं उक्त राशि का वापिस भुगतान कर दूंगा।

खाता जिसमें वापिस राशि लौटायी जायेगी का विवरण—

खाताधारक का नाम.....

खाता संख्या.....

आई.एफ.एस.सी. कोड.....

बैंक ब्रांच नाम.....

(कैंसिल चैक की फोटोप्रति संलग्न करें)

हस्ताक्षर

नाम:.....

मोबाईल नं.:.....

पूरा पता:.....

राजस्थान मेडिकल सर्विसेज कॉर्पोरेशन द्वारा की गई कार्यवाही

7. सप्लाई अनुभाग की टिप्पणी—

सी.डी. स्टोर के रिकॉर्ड के अनुसार उक्त मरीज को दवाई उपलब्ध नहीं करवायी गयी है।

फार्मासिस्ट
डीडीसी/सीडी स्टोर

प्रभारी
डीडीसी/सीडी स्टोर

मैनेजर (सप्लाई)
आरएमएससीएल

8. लेखा अनुभाग की टिप्पणी—

रोगी/Attendant द्वारा प्रस्तुत किए गए आवेदन में वर्णित विवरण के अनुसार, निगम के बैंक खाते.....
.....में दिनांक.....को राशि ₹ जमा की पुष्टि की जाती है तथा आवेदनकर्ता को
उक्त राशि लौटाये जाने की स्वीकृति प्रदान की जाती है।

कनिष्ठ लेखाकार

प्रबन्धक (वित्त)

वरिष्ठ प्रबन्धक (वित्त)

कार्यकारी निदेशक (वित्त)

9. कैशियर आर.एम.एस.सी.एल. को लेख है कि उक्त राशि लौटाने हेतु आवश्यक कार्यवाही करें।

कार्यकारी निदेशक (वित्त)