

नेशनल सीड्स कारपोरेशन लिमिटेड

सेवानिवृत्ति उपरांत चिकित्सा लाभ योजना का सदस्य बनने के लिए सेवानिवृत्त कर्मिक द्वारा दिए जाने वाले विवरण

(निम्नलिखित में से किसी एक पर सही (✓) का निशान लगाएं)

(क) सेवानिवृत्तकर्मिक व जीवनसाथी

कर्मिक अपना फोटो
यहां चिपकाएं

कर्मिक अपने
जीवनसाथी का फोटो
यहां चिपकाएं

(ख) केवल सेवानिवृत्त कर्मिक

(ग) दिवंगत सेवानिवृत्त कर्मिक का पति/विधवा पत्नी

1	सेवानिवृत्त कर्मिक का नाम	
2	सेवानिवृत्त के समय पदनाम/कर्मिक संख्या	
3	जन्म तारीख	
4	जीवनसाथी का नाम	
5	जीवनसाथी की जन्मतिथि	
6	स्थायी पता (साफ-साफ स्पष्ट अक्षरों में लिखें ताकि पढ़ने में गलती न हो)।	
7	पत्राचार का पता (साफ-साफ स्पष्ट अक्षरों में लिखें ताकि पढ़ने में गलती न हो)।	
8	एसटीडी कोड के साथ फोन नंबर/मोबाईल नंबर	
9	एनएससी में कार्यभार ग्रहण की तारीख	
10	एनएससी में सेवानिवृत्त होने की तारीख	
11	एनएससी में की गई नौकरी की अवधि	
12	एनएससी से सेवानिवृत्त के समय वेतनमान एवं ग्रेड वेतन	
13	सेवानिवृत्ति के समय कहां पर कार्यरत थे - (मुख्यालय में विभाग का नाम/क्षेत्रीय कार्यालय/ प्रक्षेत्र कार्यालय का नाम)	
14	क्या आपका जीवनसाथी किसी संस्था में कार्यरत है। यदि हां, तो उस संस्था का नाम।	
15	क्या आप या आपका जीवनसाथी किसी अन्य सरकारी संगठन से चिकित्सा सेवा योजना का लाभग्राही है या नहीं ?	(हां/नहीं)
16	वार्षिक अंशदान की राशि और डिमांड ड्राफ्ट / चैक का विवरण	डिमांड ड्राफ्ट/चैक संख्या.....दिनांक..... राशि बैंक का नाम.....

दिनांक सहित भूतपूर्व कर्मिक का नाम और हस्ताक्षर

दिनांक सहित भूतपूर्व कर्मिक के जीवनसाथी का नाम और हस्ताक्षर

.....

.....