

नेशनल सीड्स कारपोरेशन लिमिटेड

सेवानिवृत्त उपरान्त अंशदायी चिकित्सा सेवा योजना के लाभग्राही द्वारा दिए जाने वाले जीवन प्रमाण पत्र

स्वयं तथा जीवनसाथी का विवरण (लाभग्राही द्वारा भरे जाने के लिए)

सेवानिवृत्त लाभग्राही का नाम..... जीवनसाथी का नाम

मैं एतद्वारा घोषणा करता / करती हूँ कि मैंने पुनर्विवाह नहीं किया है और यह वचन देता हूँ कि यदि भविष्य में कभी पुनर्विवाह करता / करती हूँ तो इसकी सूचना तुरन्त मुख्यालय के प्रशासन एवं कार्मिक विभाग को दुंगा / दुंगी।

.....
सेवानिवृत्त लाभग्राही के हस्ताक्षर / अंगूठे की छाप
सेवानिवृत्त लाभग्राही का नाम

जीवन प्रमाण पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि मैंने सेवानिवृत्त लाभग्राही (मेडिकलेम पहचान कार्ड संख्या) तथा उनके जीवनसाथी (मेडिकलेम पहचान कार्ड संख्या) को देखा है और वे आज की तिथि में जीवित हैं।

मेरी अधिकतम जानकारी और विश्वास के अनुसार सेवानिवृत्त लाभग्राही ने पुनर्विवाह नहीं किया है।

.....
सेवानिवृत्त लाभग्राही के हस्ताक्षर / अंगूठे की छाप
सेवानिवृत्त लाभग्राही का नाम

.....
सेवानिवृत्त लाभग्राही के जीवनसाथी के हस्ताक्षर / अंगूठे की छाप
सेवानिवृत्त लाभग्राही के जीवनसाथी का नाम

प्राधिकृत अधिकारी* के हस्ताक्षर.....
प्राधिकृत अधिकारी* का नाम
प्राधिकृत अधिकारी* का पदनाम

मुहर

* प्राधिकृत अधिकारी से अभिप्राय निगम में सेवारत प्रबन्धक या इससे उच्च स्तर के अधिकारी से है।