



राष्ट्रीय प्रतिरक्षाविज्ञान संस्थान
नई दिल्ली

चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावे हेतु संयुक्त घोषणापत्र

मैं, (नाम)..... राष्ट्रीय प्रतिरक्षा संस्थान में (पदनाम)के
रूप में कार्यरत हूँ।

तथा

मेरी

पत्नी/पति.....(नाम).....
(पति या पत्नी के कार्यालय का नाम) के कार्यालय में (पदनाम) के पद
पर कार्यरत है। मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि हम चिकित्सा प्रतिपूर्ति का दावा
..... से करेंगे जहां पर मेरी पत्नी/पति कार्यरत है।

.....
पति का नाम एवं हस्ताक्षर

.....
पत्नी का नाम एवं हस्ताक्षर

.....
कार्यालय मोहर के साथ कार्यालय प्रमुख के
हस्ताक्षर एवं पदनाम

.....
कार्यालय मोहर के साथ कार्यालय प्रमुख का
हस्ताक्षर एवं पदनाम

नोट: एक प्रति पति के कार्यालय में एवं दूसरी प्रति पत्नी के कार्यालय में रिकार्ड हेतु रखी जाएगी।

प्रतिहस्ताक्षरित
वरिष्ठ प्रबन्धक, रा. प्र. सं.

स्थान:

तिथि: