

कार्यालय मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, जिला _____

क्रमांक-..... / 2015 दिनांक / / 2015

प्रति,

पुलिस अधीक्षक / सेनानी / इकाई प्रमुख,

विषय:- मान्यता प्राप्त निजी चिकित्सालय में उपचार व्यय हेतु चिकित्सा अग्रिम स्वीकृति की अनुशंसा।

संदर्भ:- आपका पत्र क्रमांक ----- दिनांक -----

---00---

श्री / श्रीमती / कु0-----पद-----के स्वयं / पुत्र / पुत्री----- के मान्यता प्राप्त निजी चिकित्सालय -----में बीमारी-----के उपचार हेतु अनुमति प्रदान की गई है।

उपचार हेतु रेफर किये गये चिकित्सालय से प्राप्त उपचार पर आने वाले व्यय के प्राक्कलन / पीएआर में रूपये-----का व्यय आलना उल्लेखित है। इस तारतम्य में संबंधित शासकीय सेवक के उपचार हेतु शासन के निर्देशानुसार प्रस्तुत प्राक्कलन के निरीक्षण उपरांत प्राक्कलन राशि रूप्ये -----मात्र का 80 प्रतिशत अग्रिम स्वीकृत किये जाने की अनुशंसा की जाती है।

उपचार पर किये गये व्यय की प्रतिपूर्ति (नियमों के प्रावधान अनुसार कैम्पेण्डेड आदि का भुगतान देय नहीं है।) म0प्र0 चिकित्सा परिचर्या नियम 1958 में वर्णित प्रावधान अनुरूप की जावेगी।

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी

जिला-----

पृ.क्रमांक ----- / 2015 , दिनांक--- / --- / 2015

प्रतिलिपि :- कृपया सूचनार्थ एवं आवयक कार्यवाही हेतु-

1. अतिरक्ति पुलिस महानिदेशक(कल्याण / लेखा) पुलिस मुख्यालय, भोपाल
2. महालेखाकार, मध्यप्रदेश ग्वालियर,
3. आवेदक / आवेदिका-----

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी

जिला-----