



(दो प्रतियों में भरा जाए/ To be filled in duplicate)

सेवानिवृत्ति पश्चात चिकित्सा लाभ योजना (पीआरएमएस) के लिए नामांकन
Nomination for Post-Retirement Medical Benefit Scheme

मैं, नीचे उल्लिखित व्यक्ति/व्यक्तियों को नामांकित करता हूँ जो मेरे परिवार के सदस्य हैं और उन्हें सेवानिवृत्ति पश्चात चिकित्सा लाभ योजना (पीआरएमएस) के अंतर्गत बिलों के लिए देय प्रतिपूर्ति के लिए राशि प्राप्त करने का अधिकार प्रदान करता हूँ।

I, hereby nominate the person/persons mentioned below who is/are members of my family and confer on him/them the right to receive the amount towards reimbursement due for the bills under PRMS.

मूल नामांकित व्यक्ति / Original Nominee

नामांकित व्यक्ति का नाम और पता Name and address of Nominee	संस्थान के कर्मचारी से संबंध Relationship with the Institute employee	आयु Age

वैकल्पिक नामांकित व्यक्ति (प्राथमिकता क्रम में):

Alternate Nominee (in order of priority):

नामांकित व्यक्ति का नाम और पता Name and address of Nominee	संस्थान के कर्मचारी से संबंध Relationship with the Institute employee	आयु Age

सेवानिवृत्ति पश्चात चिकित्सा लाभ योजना (पीआरएमएस) के लिए
दो अस्पतालों की घोषणा करने का विकल्प
**OPTION FOR DECLARING TWO HOSPITALS FOR
POST-RETIREMENT MEDICAL BENEFIT SCHEME (PRMS)**

मैं यहां उन दो अस्पतालों के नाम सुझा रहा हूं जहां से मैं उपचार लेना पसंद करूंगा।

I hereby suggest the name of the two hospitals from where I would prefer to take treatment.

क्र.सं. Sr. No.	अस्पताल का नाम, उपलब्ध बिस्तरों की संख्या और अन्य सुविधाएं Name of the Hospital with no. of beds & other facilities available	फोन नं. Phone No.	ईमेल Email ID	(स्थानीय निकाय, पीएसयू, राज्य सरकार, केंद्र सरकार, आदि) द्वारा मान्यता प्राप्त। Recognized by (Local body, PSU, State Govt., Central Govt., etc.)
1				
2				

दिनांक/Date: _____

पीआरएमएस सदस्य का हस्ताक्षर
Signature of the PRMS Member

नाम/Name _____

पदनाम/Designation _____

विभाग/Department _____

प्रतिहस्ताक्षरित / Countersigned by

1.

2.

उपर्युक्त दोनों अस्पतालों के चिकित्सा अधीक्षक
Medical Supdt. of both Hospitals mentioned above