

अधिकृत चिकित्सा परिचारक घोषणा/ AMA DECLARATION

मैं, _____ प्रभाग/समूह/अनुभाग/इकाई में _____ के रूप में कार्यरत हूँ। इस घोषणा द्वारा सीएस (एमए) नियमों के अनुसार मेरे और मेरे परिवार के सदस्यों के लिए चिकित्सा उपचार और व्यय की प्रतिपूर्ति (Reimbursement) के उद्देश्य से निम्नलिखित अ.चि.प (AMA) को नामित/घोषित करता/करती हूँ। /

I, _____, working as _____ in _____ Division/Group/Section/Unit, hereby nominate/ declare the following AMAs for the purpose of medical treatment and reimbursement of expenses in respect of myself and my family members as per CS(MA) Rules

1. Dr./ डॉ. _____ (S.No/क्र.सं) _____
2. Dr./ डॉ. _____ (S.No/क्र.सं) _____

उपर्युक्त चिकित्सक मेरे पूर्व नामांकन (यदि कोई हो) के रद्द होने हेतु अ.चि.प (AMA) के रूप में कार्य करेंगे/ The above medical practitioner shall act as AMAs in cancellation of my previous nomination (if any).

पुणे/ Pune

हस्ताक्षर/ Signature: _____

दिनांक/ Dated: _____

पदनाम/Designation: _____

: