

स्तम्भ-2
एतद द्वारा प्रतिस्थापित परिशिष्ट
परिशिष्ट-ग
(भाग-पाँच-नियम 16 तथा 18 देखें)

सेवा में ,

श्रीमान् महानिबंधक महोदय,
माननीय उच्च न्यायालय,
इलाहाबाद।

विषय :- चिकित्सा उपचार पर किये गये व्यय रु013,609/- की प्रतिपूर्ति।

महोदय,

मैं **चन्द्रोदय कुमार** मेरे पारिवारिक सदस्यX..... ने स्वयं का मधुमेह के लिये दिनांक **31.03.2022** से **03.01.2023** तक **मान्यवर कांशीराम सयुक्त चिकित्सालय (पुरुष), ललितपुर** में उपचार करवाया है। मैं निम्नलिखित दस्तावेजों के साथ प्रतिपूर्ति के लिये दावा प्रस्तुत कर रहा हूँ :-

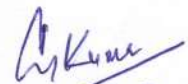
1- उपचारी चिकित्सक/चिकित्सालय के अधीक्षक द्वारा हस्ताक्षरित/प्रतिहस्ताक्षरित अनिवार्यता प्रमाण-पत्र।

2- उपचारी चिकित्सक द्वारा विधिवत हस्ताक्षरित एवं सत्यापित मूल नकद पर्ची (कैश मेमो), बीजक (बिल), बाऊचर।

3-यह प्रमाणित किया जाता है कि ऊपर नामित पारिवारिक सदस्य मुझ पर पूर्णतया आश्रित हैं और सामान्यतया मेरे साथ निवास करता है।

मेरे उपचारार्थ X.....के पत्र संख्या X.....दिनांक.....X द्वारा स्वीकृत रु0..... X.....के अग्रिम का समायोजन करने के पश्चात मेरे दावे की प्रतिपूर्ति के लिए यथा आवश्यक कार्यवाही करने की कृपा करें।

दिनांक :- 06/02/2023


(हस्ताक्षर)

नाम :- **चन्द्रोदय कुमार**
पदनाम :- **जनपद न्यायाधीश,**
ललितपुर।

प्रेषक,

मुख्य चिकित्सा अधिकारी
ललितपुर।

सेवा में,

चन्द्रोदय कुमार,
जनपद न्यायाधीश
ललितपुर।

पत्रांक -

मु0चि0अ0/चि0प्रति0पूर्ति0/दावा-परी/2022-23/5911 दिनांक - 04.02.23

विषय -

श्री चन्द्रोदय कुमार जनपद न्यायाधीश ललितपुर द्वारा स्वयं के चिकित्सा उपचार पर किये गये व्यय प्रतिपूर्ति बिलों पर प्रतिहस्ताक्षर किये जाने के संबंध में।

महोदय,

उपरोक्त विषयक कृपया आपके पत्र संख्या 154/ दिनांक 19.01.2023 चन्द्रोदय कुमार जनपद न्यायाधीश ललितपुर द्वारा स्वयं के चिकित्सा उपचार पर व्यय किये गये रू0 13609/- परीक्षण उपरान्त प्रतिहस्ताक्षर कर वापस किये जाने के अनुरोध किया गया है।

तदानुसार उक्त दावे का परीक्षण चिकित्सा अनुभाग - 6 शासनादेश संख्या 2275/5-6-11-1082-87 दिनांक 20 सितम्बर 2011 उ0प्र0 सरकारी सेवक (चिकित्सा परिचर्या) नियमावली 2011 एवं चिकित्सा अनुभाग-6 शासनादेश संख्या 474/पांच-6-14-1082/87 टी0सी0 दिनांक 04 मार्च 2014 तथा चिकित्सा अनुभाग - 6 शासनादेश संख्या - 23/2019/126/पांच-6-2019-05 (रिट)/2018 दिनांक 16 जनवरी 2019 में निहित प्राविधानों के अंतर्गत किये गये परीक्षणोपरान्त रू0 13609/- (रू0 तेरह हजार छः सौ नौ मात्र) की धनराशि प्रतिपूर्ति हेतु संस्तुति की जाती है।

अतः संबंधित प्रतिपूर्ति दावे को मूलरूप संलग्न कर इस आशय के साथ वापस किया जा रहा है कि उक्त दावे पर आप अपने स्तर से अग्रिम कार्यवाही करने का कष्ट करें।

संलग्नक - प्रतिपूर्ति दावा मूलरूप में।

श्रीमान् जी, उक्त चिकित्सीय पत्रावली मुख्य चिकित्सा

आधिकारी, ललितपुर की संस्तुति उपरान्त दिनांक 04.02.23

को प्राप्त हो चुकी है। उक्त चिकित्सीय पत्रावली में उक्त व्यय का इलाहाबाद चिकित्सीय प्रतिपूर्ति स्वीकृति हेतु प्रेषित किये जा चुके हैं।
Seen. अलावा साथ प्रस्तुत है।

D.J.
06/02/23

Prakash,
06/02/23
बिल प्रिण्टि, ललितपुर।

भवदीय

मुख्य चिकित्सा अधिकारी
ललितपुर।

M.P. 06/02/23
प्रभावी आधिकारी (चिकित्सा प्रतिपूर्ति)
जनपद न्यायालय, ललितपुर।

Not Admitted

Certified granted to Mrs./Mr./Miss- Chandroday Kumar.

Wife /Son/daughter of Mr. shri Jagnath Singh.

employed in the District Judge, Lalitpur.

CERTIFICATE 'A'

(To be completed in the case of patient who are not admitted to hospital for treatment)


Dr. R.P. Singh, Manyawar-Kanshiram-Joint-Hospital-Male-Lalitpur. hereby certify :-

- (a) that I charged/received Rs.X.....for consultations on ...X... at may consulting room at the residence for the patient.
- (b) that I charged and received Rs....X.....for administering...X..... Intramuscular/subcutaneous injections onX.....at may consulting room/at the residence of the patient.
- (c) that the patient has been under treatment atX....hospital may consulting room and that the undermentioned medicines prescribed by me in this connection were essential for the recover/orovontions of serious detenoration in the condition of the patient. The medicines are not stocked in the (name of the hospitalX.. fro the supply to private patients and do not proprietary preparations for which cheaper substance of equal therapeutic value are available not preparations which are primarily foods, toilets and disinfectants.

SL.	Name of Medicines	Quantity	Price
1.	Bill No. 2655	dt. 31-03-2022	Rs. 1622=00
2.	Bill No. 3192	dt. 08-09-2022	Rs. 1658=00
3.	Invoice No. 01	dt. 01-10-2022	Rs. 2847=00
4.	Bill No. 3316	dt. 18-11-2022	Rs. 3026=00
5.	Bill No. 3454	dt. 03-01-2023	Rs. 1450=00
6.	Bill No. 3462	dt. 03-01-2023	Rs. 3006=00
Total:-			Rs. 13609=00

Counter Signature for Rs. 13609/-
(Rs. 13609/- (Rs. 13609/-))
As per Bill Atteched & Checked by me.


Chief Medical Officer
LALITPUR


वरिष्ठ परामर्शदाता फिजीशियन
मा० कांशीराम संयुक्त चिकित्सालय
(पुरुष), ललितपुर

- (d) that the patient is /was suffering from **.Diabetes.** and is /was my treatment from **31-03-2022 to 03-01-2023**
- (e) that the patient is/was not given prenatal or postnatal treatment.
- (f) that the X-Ray, Laboratory test etc. for which an expenditure of Rs.X.....as in cured were necessary and ware undertaken on my advice at...X...
- (g) that I reoffered the patient to DrX.....for specialist consultation and that the necessary of theX.....as required under the rules was obtained.
- (h) that the patient did not require/required under the rules for hospitalization.
- (i) I am not drawing any NPA/NPP.

Date:-

Signature
**Signature & Designation of the
 Medical Officer and the Hospital/
 Dispensary to which attached.**

वरिष्ठ परामशदाता चिकित्सक
 मा० कांशीराम संयुक्त चिकित्सालय
 (पुरुष), ललितपुर

NB: Certificate not applicable should be struck off Certificate (A) is compulsory and must be filled in by the Medical Officer in all case.

COUNTERSIGNED

I Certify that the patient has been under treatment at the **Manyawar-Kanshiram-Joint-Hospital-Male-Lalitpur** hospital and that the facilities provided were minimum which were essential for the patients treatment.

Place: - *Lalitpur*

Date: - *18/01/23*

Signature
Medical Superintendent

मुख्य चिकित्सा अधीक्षक
 मा० कांशीराम संयुक्त चिकित्सालय
 (पुरुष) ललितपुर

Reimbursement ParticularPatient's Name. Chandroday Kumar.Doctor's Name. Dr. R.P. Singh, Manyawar-Kanshiram-Joint-Hospital-Male-LalitpurDisease's Name. Diabetes.Treatment Period. 31.03.2022 To 03.01.2023

S. No	Bill No. & Date	Chemist/ Hospital Name	Amount	Due	Non Due
1	2655/31-03-2022	Naveen Medical Agencies Lalitpur	1622		
2	3192/08-09-2022	Naveen Medical Agencies Lalitpur	1658		
3	00001/01-10-2022	Naveen Medical Agencies Lalitpur	2847		
4	3316/18-11-2022	Naveen Medical Agencies Lalitpur	3026		
5	3454/03-01-2023	Naveen Medical Agencies Lalitpur	1450		
6	3462/03-01-2023	Naveen Medical Agencies Lalitpur	3006		
		Total	13609		

RP Singh
 वरिष्ठ परामर्शदाता फिजीशियन
 मा० कांशीराम संयुक्त चिकित्सालय
 (पुरुब), ललितपुर

3

TO WHOMSOEVER IT MAY CONCERN

This is to certify that the treatment of Sri_ **Chandroday Kumar**,
District Judge, Lalitpur. Was started in this hospital in Urgency/Emergency
from **31-03-2022** for the treatment of **Diabetes**



(Signature of treating doctor)

वरिष्ठ परामर्शदाता फिजीशियन
मा० कांशीराम संयुक्त चिकित्सालय
(पुरुष), ललितपुर



(पर्चा जारी तिथि में 15 दिन तक मान्य होगा)

मान्यवर कांशीराम संयुक्त चिकित्सालय (पुरुष), ललितपुर



बहय रोगी प्रपत्र (OPD Slip)

1907

नाम..... पंजीकरण सं०.....
उम्र..... लिंग..... दिनांक..... निदान..... मोबाईल नं०.....
रोगी का पता.....

Past Medical History

- Diabetes
Asthama
Hypertention
Thyroid
T B
Any other illness, Please specify

Complaints.....

Provisional Diagnosis.....

ON Examination

- GC
Pulse
BP
Temperature
Anaemia
Jaundice
SPO2

Systemic Examination

- CVS
RS
P/A
CNS
Other

Investigation

- CBC
MP / Wadal test
Blood Group
LFT
KFT
Lipid Profile
Blood Sugar/HbA1C
X-ray
USG of Abdomen
CT scan of
ECG
Sputum for AFB
Covid-19 (RAT)
HIV/VDRL
Harmonal Analysis
Other

Treatment Advised

Rx

Name of Medicine Dose Duration Route

Handwritten medical notes including: Nildagleptin 50, Metformin 500, Tabre M - x 30, Xigduo XR 10/500, Dapa gliflozin 10, Metformin 500, Daple M 10/500, Zucapside, Progin M 70/500, and a signature.



(गणराज्य भारत में प्रयोग के लिए)

Telzy MT 25 x 36



Jul 2010

XIC 10/300

Lee

DM, Hypertension

HL

Treatment Advised

Name of Medicine Dose Duration Route

Ribadapentin 25

Metformin 250

Tablet M - X 30

Xigbee XR 10/300

Diagnosed

Metformin 250

Tablet M 10/300

Date of follow-up

Reference to

(Signature of Doctor)

Dr. M. J. 10/300

Fast Medical History
 Diabetes
 Asthma
 Hypertension
 Thyroid
 TB
 Any other illness, Please specify

ON Examination
GC
Pulse
BP
Temperature
Anemia
Jaundice
SPO2

Systemic Examination
CVS
RS
PIA
CNS
Other

Investigation
 CBC
 MP/Widal test
 Blood Group
 LFT
 RFT
 Lipid Profile
 Blood Sugar/HbA1C
 X-ray
 USG of Abdomen
 CT scan of
 ECG
 Sputum for AFB
 Covid-19 (RAT)
 HIV/VDRL
 Hormonal Analysis
 Other



(पर्चा जारी तिथि में 15 दिन तक मान्य होगा)

मान्यवर कांशीराम संयुक्त चिकित्सालय (पुरुष), ललितपुर

बह्य रोगी प्रपत्र (OPD Slip)

क्रमांक सं०

746

नाम

प. 2/24

पिता/पति

पंजीकरण सं०

10120

उम्र

53

लिंग

M

दिनांक

4 JAN 2022

निदान

मोबाईल नं०

रोगी का पता

Past Medical History

- Diabetes
- Asthama
- Hypertention
- Thyroid
- T B
- Any other illness, Please specify

Complaints

DM

Provisional Diagnosis

ON Examination

- GC
- Pulse
- BP
- Temperature
- Anaemia
- Jaundice
- SPO2

Systemic Examination

- CVS
- RS
- P/A
- CNS
- Other

Investigation

- CBC
- MP / Wadal test
- Blood Group
- LFT
- KFT
- Lipid Profile
- Blood Sugar/HbA1C
- X-ray.....
- USG of Abdomen
- CT scan of.....
- ECG
- Sputum for AFB
- Covid-19 (RAT)
- HIV/VDRL
- Other.....

Rx

Treatment Advised

Name of Medicine	Dose	Duration	Route
Dinorm M			
Telm nr 25			
Calcicorol SR			OD
Talues 50			

OD

[Signature]

Date of follow-up.....

Referral of Patient.....

(Signature of Doctor)



(पर्चा जारी तिथि में 15 दिन तक मान्य होगा)

मान्यवर कांशीराम संयुक्त चिकित्सालय (पुरुष), ललितपुर



बहय रोगी प्रपत्र (OPD Slip)

नाम..... पिता/पति..... पंजीकरण सं. 132796
उम्र..... लिंग..... दिनांक 12 OCT 2022 निदान..... मोबाईल नं०.....
रोगी का प्रस्ता.....

Past Medical History

- Diabetes
- Asthama
- Hypertention
- Thyroid
- T B
- Any other illness, Please specify

Complaints.....

Provisional Diagnosis.....

ON Examination

- GC
- Pulse
- BP
- Temperature
- Anaemia
- Jaundice
- SPO2

Rx

Treatment Advised

Name of Medicine	Dose	Duration	Route
------------------	------	----------	-------

Rp - 2alva M₃ 50/500

- Vildagliptin 50 1d

- Metformin 500 1d

- Gogitux 10/500 30

- Tel 3g 1d

- Alava 30 1d

Systemic Examination

- CVS
- RS
- P/A
- CNS
- Other

Investigation

- CBC
- MP / Wadal test
- Blood Group
- LFT
- KFT
- Lipid Profile
- Blood Sugar/HbA1C
- X-ray.....
- USG of Abdomen
- CT scan of.....
- ECG
- Sputum for AFB
- Covid-19 (RAT)
- HIV/VDRL
- Harmonal Analysis
- Other.....

Date of follow-up.....

Reference to.....

(Signature of Doctor)



(पर्चा जारी तिथि में 15 दिन तक मान्य होगा)

मान्यवर कांशीराम संयुक्त चिकित्सालय (पुरुष), ललितपुर



बह्य रोगी प्रपत्र (OPD Slip)

नाम पिता/पति पंजीकरण सं० **152948**
 उम्र लिंग दिनांक **NOV 2024** निदान मोबाईल नं०
 रोगी का पता

Past Medical History

- Diabetes
- Asthama
- Hypertention
- Thyroid
- T B
- Any other illness, Please specify

Complaints.....

Provisional Diagnosis.....

ON Examination

GC
 Pulse
 BP
 Temperature
 Anaemia
 Jaundice
 SPO2

Rx

Treatment Advised

Name of Medicine	Dose	Duration	Route
------------------	------	----------	-------

Systemic Examination

CVS
 RS
 P/A
 CNS
 Other

Investigation

- CBC
- MP / Wadal test
- Blood Group
- LFT
- KFT
- Lipid Profile
- Blood Sugar/HbA1C
- X-ray.....
- USG of Abdomen
- CT scan of.....
- ECG
- Sputum for AFB
- Covid-19 (RAT)
- HIV/VDRL
- Harmonal Analysis
- Other.....

① Zalva M - 5/1500 x 30d
 ② Xigduo XR 10/500 x 30
 ③ Tel-3gmT 25 10/30

Date of follow-up.....

Reference to.....

(Signature of Doctor)

NAVEEN MEDICAL AGENCIES

SHREE JAGDISH MARKET
LALITPUR (UP)
Phone: 941-112050,9415586214
E-Mail : sanjeevsamaiya163@gmail.com

Patient Name : SHRI CHANDRODAY KUMAR

Patient Address : LALITPUR U.P.

Dr Name : DR R.P. SINGH

Dr Reg No. R.P.

10

GSTIN : 09AELPS3954E1Z3
D.L.No. : 20-20/1/79,21-21/1/79

GST INVOICE

Invoice No. : A000001 Date: 01-10-2022

SN.	PRODUCT NAME	PACK	HSN	BATCH	EXP.	MFG.	QTY	RATE	SGST	CGST	AMOUNT
1.	TELLZY MT 25	TAB	3004	2208000466	2/24	ALEMBIC	2:0	290.80	6.00	6.00	581.60
2.	XIGUDO XR 10/500	TAB	3004	0220	6/23	ASTRAZENECA	4:0	403.90	6.00	6.00	1615.60
3.	JALRA M 50/500	TAB	3004	DRC07105A	6/24	USV	2:0	325.00	6.00	6.00	650.00

R.M.
वरिष्ठ परामर्शदाता फिजीशियन
मा० कांशीराम संदुक्त चिकित्सालय

बिल प्रमाणित
जगर मुख्याधिकारी/तकनीकी परीक्षण अधिकारी
कार्योन्मुखी अधिकारी, लालितपुर

GST 2542.14*6+6%=152.53SGST+152.53CGST, **GET WELL SOON**

Terms & Conditions

Goods once sold will not be taken back or exchanged.
Please Consult your doctor before using the Medicine.
All disputes subject to Lalitpur Jurisdiction only.
Please note any over charge through oversight will be refunded.

Remark :

Rs. Two Thousand Eight Hundred Forty Seven Only

For NAVEEN MEDICAL AGENCIES



Authorised Signatory

SUB TOTAL	2542.15
SGST 6 %	152.53
CGST 6 %	152.53
ROUND OFF	0.20
GRAND TOTAL	2847.00

GSTIN : 09AELPS3954E1Z3
 FOOD Lic No. 2271429600398
 Date - 31-1-78
 DL { 20-29/1/79
 No. { 21-21/1/79

CASH / CREDIT

Ph. : (05176) 277978 ⑧

नवीन
मेडीकल एजेन्सीज
 श्री जगदीश मार्केट, ललितपुर

Date 31/3/22

No. 2655

Dr. Name Dr. Pawan Sood/R.P. Singh Patient Name Chand Judy Kumar D/o

Product	Qty.	B.No.	Exp.Date	Mfg.	Rs. Amount	P.
Glycomet SR 500	30	28022103	5/23	USV	86 = 00	
Telone 50	30	072409	5/23	USV	600 = 00	
Telz mt 25	30	2108000700	3/23	Adic	531 = 00	
Diamon MOD	30	642108	5/23	pmur	405 = 00	
					<u>1622 = 00</u>	

विल प्रमाणित

श्री जगदीश मार्केट, ललितपुर
 कांशी-3

* Goods once sold will not be taken back. Please consult your doctor before using the Medicine * Please note any over charge though oversight will be refunded.

E. & O.E.

Signature

GSTIN : 09AELPS3954E1Z3
 FOOD Lic No. 2271429600398
 Date - 31-1-78
 DL { 20-20/1/79
 No. { 21-21/1/79

CASH / CREDIT

Ph. : (05176) 277978 ⑧

नवीन
मेडीकल एजेन्सीज
 श्री जगदीश मार्केट, ललितपुर

Date 08/09/22

No.

Dr. Name Dr. R.P. Singh Patient Name CHANDROSEY KUMAR

Product	Qty.	B.No.	Exp.Date	Mfg.	Rs. Amount	P.
DIBONDRO 05	30	42109	08/22	ADICAD	405 = 00	
TELZY MT 25	30	18035	01/22	ADICAD	530 = 00	
Glycomet SR	30	28022103	4/23	USV	63 = 00	
TELAD COM	30	20435	2/21	USV	60 = 00	
					<u>1658 = 00</u>	

विल प्रमाणित

श्री जगदीश मार्केट, ललितपुर
 कांशी-3

* Goods once sold will not be taken back. Please consult your doctor before using the Medicine * Please note any over charge though oversight will be refunded.

E. & O.E.

Signature

RS 1658/-

GSTIN : 09AELPS3954E1Z3
 FOOD Lic No. 2271429600398
 Date - 31-1-78
 DL { 20-20/1/79
 No. { 21-21/1/79

CASH / CREDIT

Ph. : (05176) 277978 (11)

नवीन
मेडीकल एजेन्सीज
 श्री जगदीश मार्केट, ललितपुर

Date 18/11/2022

No.

Dr. Name JISTIC HOSPITAL Patient Name CHANDRASEY KUMAR 3316

Product	Qty.	B.No.	Exp.Date	Mfg.	Rs. Amount	P.
JENAB MD	20	12154A	NOV 23	USV	650.00	
XIGDUCO 10/50	30	2001	SEP 21	ASTRA	1796.00	
TELZY 10/25	20	13000	6/20	ACCO	580.00	
		79				
					3026.00	

बिल प्रमाणित

नवीन परामर्शदाता फिजीशियन
 श्री जगदीश मार्केट, ललितपुर

* Goods once sold will not be taken back * Please consult your doctor before using the Medicine * Please note any over charge though oversight will be refunded.

E. & O.E.

Signature

GSTIN : 09AELPS3954E1Z3
 FOOD Lic No. 2271429600398
 Date - 31-1-78
 DL { 20-20/1/79
 No. { 21-21/1/79

CASH / CREDIT

Ph. : (05176) 277978

नवीन
मेडीकल एजेन्सीज
 श्री जगदीश मार्केट, ललितपुर

Date 03/01/2023 (12)

No. 3454

Dr. Name JISTIC HOSPITAL Patient Name CHANDRASEY KUMAR

Product	Qty.	B.No.	Exp.Date	Mfg.	Rs. Amount	P.
ACUCHELK ACTIVE MD	10	10628P	DEC 21	ICE	850.00	
IBLR MD TMB	34	113006	1405	8/21	600.00	
					1450.00	

बिल प्रमाणित

नवीन परामर्शदाता फिजीशियन
 श्री जगदीश मार्केट, ललितपुर

* Goods once sold will not be taken back * Please consult your doctor before using the Medicine * Please note any over charge though oversight will be refunded.

E. & O.E.

Signature

GSTIN : 09AELPS3954E1Z3
FOOD Lic No. 2271429600398
Date - 31-1-76
DL { 20-2/1/79
No. { 21-2/1/79

CASH / CREDIT

Ph. : (05176) 277978

नवीन

Date 03/01/2023 ⁽¹³⁾

GST BILL

मेडीकल एजेन्सीज

श्री जगदीश मार्केट, ललितपुर

No. **3462**

Dr. Name DISTIC HOAITRA
2021/2011

Patient Name CHANDRODEY KUMAR

Product	Qty.	B.No.	Exp.Date	Mfg.	Rs. Amount	P.
JELRA 10/100 20	12157	NOV23	USV	650	00	
XIGOOD 10/100 20	112003	9/24	ASTRA	1776	00	
TEDZY 10/100 20	2208000 799	6/24	ACW	580	00	
					<u>3066</u>	<u>00</u>

बिल प्रमाणित

जगदीश मेडीकल एजेन्सीज
श्री जगदीश मार्केट, ललितपुर
कार्यालय, ललितपुर
पुस्तकालय

* Goods once sold will not be taken back * Please consult your doctor before using the Medicine * Please note any over charge though oversight will be refunded.

E. & O.E.

Signature

प्रेषक,

चन्द्रोदय कुमार,
जनपद न्यायाधीश,
ललितपुर।

सेवा में,

मुख्य चिकित्सा अधिकारी,
ललितपुर।

पत्रांक-

154 / XV : ललितपुर :

दिनांक:- 19-01-2023

विषय-

चिकित्सीय प्रतिपूर्ति प्रपत्र तकनीकी परीक्षण कराये जाने के सम्बन्ध में।

महोदय,

उपरोक्त विषयक मेरे द्वारा दिनांक 31.03.2022 से 03.01.2023 तक मान्यवर कांशीराम सयुक्त चिकित्सालय (पुरुष), ललितपुर में स्वयं का कराये गये ईलाज से सम्बन्धित रु013,609/- मात्र के चिकित्सीय प्रपत्र इस पत्र के साथ मूल रूप में संलग्न कर प्रेषित किये जा रहे हैं।

अतः : आपसे अनुरोध है कि उ0प्र0 सरकारी सेवक (चिकित्सा परिचर्या) नियमावली-2011 एवं संशोधित नियमावली-2014 के अनुसार उक्त बिल/वाऊचर आदि का तकनीकी परीक्षण कर इस कार्यालय को वापिस करने का कष्ट करें।

संलग्नक:- चिकित्सीय प्रपत्र मूल रूप में।

01/01/2023

भवदीय,

Ch. Kumar

(चन्द्रोदय कुमार),
जनपद न्यायाधीश,
ललितपुर।
19/01/2023