

RAJASTHAN RAJYA SAHKARI UPBHOKTA SANGH LTD. JAIPUR

(To be submitted in Duplicate) Medical Diary No _____

1.	Name & P.P.O. No. of pensioner	
2.	Name of Patient Relationship with Pensioner	
3.	Address of Pensioner with Telephone No.	
4.	Name of the Shop issued NAC	
5.	NAC No. & Date	
6.	Details of Medicines Purchased	

S.No.	Cash/Memo No. /Date	Name of Medical Shop	Name of Medicines	Amount
Total Amount				

- खाताधारी पेंशनर का नाम..... बचत खाता संख्या पूरे नम्बरो.....
- बैंक का नाम..... शाखा का पूर्ण नाम.....
- आधार कार्ड संख्या..... आई.एफ.एस. कोड नम्बर.....
- यदि कोषालय द्वारा इस क्लेम मे से कोई कटौति की जाती है तो उसकी वसूली मेरे आगामी बिलों/पेन्शन गें से कटौति करने हेतु सहमत हूँ।

अधिकार-पत्र मेरे उक्त दावे का भुगतान श्री/श्रीमती..... को कर दिया जावे जिसके हस्ताक्षर मेरे द्वारा सत्यापित किये जा रहे है।

Total Amount.....

ह.अधिकृत प्राप्तकर्ता ह0 पेन्शनर

Signature of Pensioner _____

(For Office use only)

Passed for Rs. _____ (in words Rs. _____)

Entered in Register at _____ Date _____ Signature of Salesman _____

Name of Shop _____

7. Received a sum of Rs. (in words Rs.) on account of medicines purchased from private medical shop against the above NAC

Signature of Pensioner/Authorized Recipient

8. Progressive Total of Expenditure _____ Previous Amount of the Claim.....

Grand Total _____

Checked & Verified

Signature of Salesman

Signature of Supervisor _____