



फार्म-डी

डुप्लीकेट चिकित्सा पहचान-पत्र जारी करने के लिए आवेदन-पत्र

(दो प्रतियों में भरा जाए)

सेवा में

दिनांक

लेखाधिकारी (चिकित्सा कक्ष),
दिल्ली विकास प्राधिकरण,
विकास सदन, आई.एन.ए.,
नई दिल्ली-110023

विषय:- चिकित्सा पहचान पत्र में संशोधन करने/डुप्लीकेट चिकित्सा पहचान पत्र जारी करने के लिए आवेदन-पत्र ।

महोदय/महोदया,

कृपया मेरे चिकित्सा पहचान पत्र में निम्नलिखित सदस्य/विवरण को शामिल करें/काट दें/संशोधन कर दें। आपकी जानकारी के लिए आवश्यक विवरण नीचे दिया गया है। मेरा पुराना मेडिकल कार्ड आपके पास जमा कराने और रिकार्ड हेतु संलग्न है।

- चिकित्सा कार्ड नम्बर : _____
- सरकारी कर्मचारी का नाम : _____
- पदनाम एवं तैनाती का स्थान: _____
- संशोधन के कारण : _____
(शामिल करना/काटना/संशोधित करना) _____
- शामिल किया जाने वाला/काटे जाने वाला विवरण (साफ अक्षरों में):

क्रम सं.	नाम	जन्मतिथि	संबंध
1			
2			
3			

- टिप्पणी: स.
- कृपया बच्चों के जन्म-तिथि प्रमाण-पत्र की प्रति संलग्न करें।
 - कृपया माता-पिता/आश्रित भाइयों/बहनों के नाम शामिल करने के मामले में निवास स्थान का प्रमाण संलग्न करें।

अथवा

मेरा चिकित्सा कार्ड गुम हो गया है जिसकी सूचना _____
पुलिस स्टेशन में दे दी गई है। (एफ.आई.आर. की प्रति संलग्न है)।

कृपया मुझे उक्त विवरण वाला नया चिकित्सा कार्ड शीघ्र जारी करने की कृपा करें।

दि.वि.प्रा. के कर्मचारी/पेंशन प्राप्तकर्ता के हस्ताक्षर _____

नकद रसीद संख्या एवं तिथि: _____
(डुप्लीकेट/नया चिकित्सा कार्ड जारी करने के लिए 150/-रुपये जमा कराएँ)।

आहरण एवं संवितरण अधिकारी के हस्ताक्षर : _____

(कार्यालय उपयोग हेतु)

पुराना चिकित्सा कार्ड वापिस लिया गया / एफ.आई.आर. की प्रति सत्यापित की गई।

दिनांक _____ को नया कार्ड जारी किया गया।

लेखाधिकारी(चिकित्सा कक्ष) के हस्ताक्षर



Application form for issue of Duplicate Medical Identity Card
(To be filled in Duplicate)

To _____ Date _____

AO (Medical Cell)
Delhi Development Authority
Vikas Sadan, INA, New Delhi – 110023

Subject: Application for Amendment / issue of Duplicate Medical Identity Card

Sir / Madam,

Kindly add / delete / amend the following member / details in my Medical Identity Card. Necessary details are given below for your information please. My old medical card number is attached for your retention and record purpose.

- 1. Medical Card Number : _____
- 2. Name of the Govt. Servant : _____
- 3. Designation and Place of Posting : _____
- 4. Reasons for Amendment : _____
(Add / Delete / Amend) _____
- 5. New Addition / Deletion (In CAPITAL LETTER) :

Sl.No.	Name	Date of Birth	Relationship
1			
2			
3			

NOTE : I. Please attach copy of birth certificate of children
II. Please attach proof of residence in case of Parents/dependent brothers / sisters to be included.

OR

I have lost my medical card. Loss has been reported at Police Station _____ (Copy of FIR enclosed).

I may please be issued the new medical card with the above details at the earliest.

Signature of DDA Employee / Pensioner : _____

Cash Receipt Number and date : _____
(Rs.150/- to be deposited for Duplicate / New Medical Card)

Signature by DDO : _____

(FOR OFFICE USE)

Old Medical Card Withdrawn. / Copy of FIR verified.
New Card Issued on

Signature of AO (Med. Cell)