

GRAND PORT HOSPITAL
PROFORMA FOR MEDICAL REGISTRATION (RETIRED EMPLOYEE)

Sr. No.	Description	To be filled by the Beneficiary (Shri / Smt / Dr)	Sr. No.	Description	To be filled by the Beneficiary
	Prefix :		14	MAR No.	
	FIRST NAME		15	PPO No. / Family PPO No.	
1	MIDDLE NAME		16	Date of Appointment	
	LAST NAME		17	Date of Retirement	
	FULL NAME		18	Patient Identification Document	Aadhar /
2	DESIGNATION		19	Patient Identification Document	No.
3	Class	I / II / III / IV	20	Name of the Dependents	
4	Department			Spouse	
5	Organization	Mumbai Port Trust			
6	Mobile No.			Address	
7	E-mail Add.			Landmark	
8	Phone No.				
9	Blood Group			City	
10	Gender		21	District	
11	Date of Birth			State	
12	Age (in years)			Country	
13	Nationality			Pincode	
	Signature of Employee			Signature of Issuing Authority	

DETAILS ABOUT THE DEPENDANTS :

22	DETAILS ABOUT THE DEPENDANTS :		
Spouse	(First	Middle	Last Name)
Name			
Blood Group			
Gender			
Date of Birth			
Age (in years)			
Nationality			
Mobile No.			
Patient Identification Document	Aadhar /		
Patient Identification Document			
Signature of Employee			Signature of Issuing Authority

गैंड पोर्ट हॉस्पिटल
चिकित्सा पंजीकरण के लिए प्रपत्र (निवृत्त कर्मचारी)

अनु. क.	विवरण	लाभार्थी द्वारा भरा जाए	अनु. क.	विवरण	लाभार्थी द्वारा भरा जाए
	उपसर्ग	(श्री/ श्रीमती/ कुमारी / कुमार/ डॉ.)	13	राष्ट्रीयता	
	पहला नाम		14	पंजीकरण क्र.	
1	मध्य नाम		15	निवृत्ती वेतन क्र. / कुटुंब निवृत्ती वेतन क्र.	
	कुलनाम		16	नियुक्ती की तारीख	
	पूरा नाम		17	सेवा निवृत्ती तारीख	
2	पदनाम		18	लाभार्थी के पहचान दस्तावेज का प्रकार	आधार कार्ड /
3	श्रेणी	I / II / III / IV	19	लाभार्थी के पहचान दस्तावेज का क्र.	
4	विभाग		20	आश्रितों के नाम	
5	संगठन	मुंबई पोर्ट ट्रस्ट		जीवनसाथी (पती / पत्नी)	
6	मोबाइल नं.			पता :	
7	ईमेल पंता			लैंडमार्क	
8	फोन नं.			शहर	
9	रक्त गुट		21	जिला	
10	लिंग			राज्य	
11	जन्म तिथि			देश	
12	उम्र			पिनकोड	
	निवृत्त कर्मचारी के हस्ताक्षर			जारी करनवाले प्राधिकारी के हस्ताक्षर	

आश्रितों की जानकारी

22		
जीवनसाथी (पती / पत्नी)	(पहला नाम	मध्य नाम कुलनाम)
नाम		
रक्त गुट		
लिंग		
जन्म तिथि		
उम्र		
राष्ट्रीयता		
मोबाईल नं.		
लाभार्थी के पहचान दस्तावेज का प्रकार	आधार कार्ड /	
लाभार्थी के पहचान दस्तावेज का क्र.		
निवृत्त कर्मचारी के हस्ताक्षर	जारी करनेवाले प्राधिकारी के हस्ताक्षर	

ग्रांड पोर्ट हॉस्पिटल
वैद्यकीय पंजीकरणासाठी प्रपत्र (निवृत्त कर्मचारी)

अनु. क्र.	विवरण	निवृत्त कर्मचा-याने भरावयाची माहिती	अनु. क्र.	विवरण	निवृत्त कर्मचा-याने भरावयाची माहिती
	उपसर्ग	(श्री/ श्रीमती/कुमारी /कुमार/ डॉ.)	13	राष्ट्रीयत्व	
	पहिले नाव		14	पंजीकरण क्र.	
1	मधले नाव		15	निवृत्ती वेतन क्र. / कुटूंब निवृत्ती वेतन क्र.	
	आडनाव		16	नियुक्ती तारीख	
	पूर्ण नाव		17	सेवा निवृत्ती तारीख	
2	पद		18	ओळखपत्र	आधार /
3	श्रेणी	I / II / III / IV	19	ओळखपत्र क्र.	
4	विभाग		20	अवलंबित कुटूंब सदस्यांची नावे	
5	संस्था	मुंबई पोर्ट ट्रस्ट		पती / पत्नी	
6	मोबाईल क्र.		21	पत्ता	
7	ईमेल			लॅंड मार्क	
8	फोन नं.			शहर	
9	रक्त गट			तालुका	
10	लिंग			जिल्हा	
11	जन्म तारीख			देश	
12	वय			पिनकोड	
	निवृत्त कर्मचा-याची स्वाक्षरी			प्रशासन अधिका-याची स्वाक्षरी	

अवलंबित कुटूंब सदस्यांचे विवरण :

22			
पती / पत्नी	(पहिले नाव)	मधले नाव	आडनाव)
नाव			
रक्त गट			
लिंग			
जन्म तारीख			
वय			
राष्ट्रीयत्व			
भ्रमणधनी क्र.			
ओळखपत्र		आधार /	
ओळखपत्र क्र.			
निवृत्त कर्मचा-याची स्वाक्षरी		प्रशासन अधिका-याची स्वाक्षरी	