

पिंपरी चिंचवड महानगरपालिका  
धन्वंतरी गोल्ड योजना  
प्रतिज्ञापत्र (नमुना ब)

PPO No- : .....  
सभासदाचे संपुर्ण नाव : .....  
पदनाम : .....  
विभागाचे नाव : लेखा विभाग  
निवासाचा संपुर्ण पत्ता : .....  
: .....  
कायमचा पत्ता : .....  
: .....  
मोबाईल क्रमांक : .....  
वडिलांचे / पतीचे नाव : .....  
सेवानिवृत्त दिनांक : .....

सभासदावर अवलंबून असलेल्या कुटुंबातील व्यक्तीचे नावे (प्रतिज्ञापत्र देणाऱ्याचे नाव वगळून)

अ.क्र	सभासदाचे कुटुंबातील नावे	जन्मदिनांक	वय	सभासदाशी नाते	पुरावा
१					
२					
३					
४					

मी सत्य प्रतिज्ञेवर जाहिर करतो/करते की, वर दिलेली माहिती सत्य व बरोबर आहे. यामध्ये जे बदल होतील ते मी अशा बदलाच्या दिनांकापासून १५ दिवसांच्या आत कार्यालयास लेखी कळविन व त्याची संपुर्ण जबाबदारी माझ्यावर राहिल. मी या योजनेचा सभासद होण्यास इच्छुक आहे. सदर योजनेअंतर्गत मी माझे दरमहाचे सेवानिवृत्ती वेतनातून रु ...../ प्रमाणे कपात करून देणेत या प्रतिज्ञापत्राद्वारे समिती देत आहे. धन्वंतरी योजनेचा लाभ माझ्या पती / पत्नी व आर्थिक दृष्ट्या माझ्यावर पूर्णपणे अवलंबून असणा-या व वरील प्रमाणे नमुद केलेल्या सभासदांकरिताच करेन, असे न आढळल्यास कायदेशीर कारवाईस मी पात्र राहिन याची मला जाणिव आहे.

सभासदाची सही

मुख्यलेखापाल कार्यालय

१. सेवानिवृत्त कर्मचा-याचे नाव : .....  
२. सेवानिवृत्त दिनांक : .....  
३. पती/पत्नी ह्यात आहेत अगर कसे ? : .....

खातेप्रमुख / कार्यालयप्रमुख सही व शिक्का

श्री/श्रीमती ..... सेवानिवृत्त सेवक/ सेविका यांना धन्वंतरी गोल्ड  
योजनेचे सभासदत्व देण्यात आलेले असून त्यांचा सभासद क्रमांक ..... असा आहे. त्यांच्या मासिक सेवानिवृत्ती  
वेतनातून दरमहा र रु ...../- प्रमाणे रक्कम कपात करण्यात यावी

आरोग्य वैद्यकीय अधिकारी  
पिंपरी चिचवड महानगरपालिका  
पिंपरी ४११ ०१८

**सोबत खालील प्रमाणे कागदपत्र पुराव्या दाखल जोडणे आवश्यक आहे**

१. प्रत्येक सभासदाचा पासपोर्ट आकाराचा एक फोटो.
२. सभासदावर पुर्णपणे अवलंबून असणा-या अपंग/मतीमंद पाल्याच्या बाबतीत जिल्हा शल्यचिकीत्सक रुग्णालयाचे अलीकडील प्रमाणपत्राची झेरॉक्स सत्यप्रत.
३. रेशनींग कार्डची झेरॉक्स सत्यप्रत.