

# विद्यापीठ शिक्षक व शिक्षकेत्तर कर्मचारी वैद्यकीय खर्च प्रतिपूर्ती (Mediclaime) योजना

## सभासद अर्ज

दिनांक : / /

प्रति,

मा. कुलसचिव,

पुण्यश्लोक अहिल्यादेवी होळकर सोलापूर विद्यापीठ,  
सोलापूर.

**विषय : विद्यापीठ शिक्षक व शिक्षकेत्तर कर्मचारी वैद्यकीय खर्च प्रतिपूर्ती (Mediclaime) योजना सभासद  
होण्याबाबत...**

महोदय/महोदया,

मी पुण्यश्लोक अहिल्यादेवी होळकर सोलापूर विद्यापीठात नियमित सेवेत असून विद्यापीठ शिक्षक व शिक्षकेत्तर कर्मचारी वैद्यकीय खर्च प्रतिपूर्ती योजनेमध्ये सभासद होवू इच्छितो/इच्छिते. मी विद्यापीठ शिक्षक व शिक्षकेत्तर कर्मचारी वैद्यकीय खर्च प्रतिपूर्ती योजनेचे नियम व अटी वाचले असून त्या नियम, अटी व त्यामध्ये पुढील काळामध्ये होणारे बदल माझ्यावर बंधनकारक असून ते मला मान्य आहेत. तरी सदर योजनेमध्ये मला सभासद करून घेण्याबाबत विनंती आहे.

**माझी माहिती खालीलप्रमाणे :**

१. अर्जदारचे संपूर्ण नाव : -----
२. पदनाम : -----
३. संवर्ग : संवैधानिक अधिकारी, वर्ग-१ व शिक्षक/वर्ग-२ व ३/वर्ग-४
४. कर्मचारी क्रमांक : -----
५. कार्यरत असलेल्या संकुलाचे/प्रशासकीय विभागाचे नाव : -----
६. विद्यापीठ सेवेतील नेमणूकीची तारीख : -----
७. एकूण सेवा वर्ष : -----

तरी मला विद्यापीठ व शिक्षकेत्तर कर्मचारी वैद्यकीय खर्च प्रतिपूर्ती योजनेमध्ये सभासद करून घ्यावे ही विनंती. तसेच विद्यापीठ शिक्षक व शिक्षकेत्तर कर्मचारी वैद्यकीय खर्च प्रतिपूर्ती योजनेची दरमहा ची वर्गणी \* रु ...../-, माझ्या वेतनातून कपात करण्यात यावी. त्याबाबत माझी काही हरकत नाही.

(\* वर्गणी- संवैधानिक अधिकारी, वर्ग-१ व शिक्षक कर्मचाऱ्यांसाठी रु.३००/-, वर्ग-२ व ३ कर्मचाऱ्यांसाठी रु.२००/-, वर्ग-४ कर्मचाऱ्यांसाठी रु.१००/-)

आपला/आपली विश्वासू,

-----  
(-----)