

বাংলাদেশ বিদ্যুৎ উন্নয়ন বোর্ড
চিকিৎসা প্রতিপূরণবিল ফরম
(প্রত্যেক রোগীর জন্য পৃথক বিল পেশ করিতে হইবে)

১। অফিসের নাম :

২। কর্মকর্তা/কর্মচারীর নাম :..... পদবী

৩। রোগীর নাম :..... সম্পর্ক

ক্রমিক নং	ভাউচার/রশিদ নং	তারিখ	টাকার পরিমাণ
১	২	৩	৪

সর্বমোট টাকা (কথায়) :-

এতদ্বারা প্রত্যায়িত করা যাইতেছে যে, জনাব/জনাবা আমার
স্বা/পুত্র/কন্যা/পিতা/মাতা আমার সহিত বসবাস করে এবং সম্পূর্ণ রূপে আমরা উপর নির্ভরশীল।

কর্মকর্তা/কর্মচারীর স্বাক্ষরঃ

পদবীঃ.....

তারিখঃ

১। প্রত্যায়িত করা যাইতেছে যে, উপরে বর্ণিত ভাউচারে অন্তর্ভুক্ত ঔষধ/ভেষজ ইত্যাদি, যাহার মূল্য কর্মচারী নিজ/
স্বা/পুত্র/কন্যা/পিতা/মাতার আরোগ্য এবং শারীরিক অবনতি রোধের জন্য আমার দ্বারা ব্যবস্থিত হইয়াছিল এবং ঐ সমস্ত
ঔষধ/ভেষজ ইত্যাদি জাতীয় গণ্য নয়/প্যাথলজিক্যাল ও রেডিওলজিক্যাল/চিকিৎসাকের পরিদর্শন ও ইনজেকশন
পায়োগের জন্য প্রয়োজনীয় বিল।

নিয়ন্ত্রীকর্তার কর্মকর্তার প্রতিস্বাক্ষরঃ

অনুমোদিত চিকিৎসকের স্বাক্ষরঃ

পদবীঃ.....

তারিখঃ

পদবীঃ.....

তারিখঃ