

ಅನುಬಂಧ-02

ಕರ್ನಾಟಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಜೀವಿನಿ ಯೋಜನೆ

ನಮೂನೆ-2 ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವೆಗೆ ಒಳಪಡಲು ಅಸಮ್ಮತಿ ಅರ್ಜಿ

ಇವರಿಗೆ,

ಇಂದ,

ನೌಕರರ ಹೆಸರು	
ಕೆ.ಜಿ.ಐ.ಡಿ ಸಂಖ್ಯೆ	
ಪದನಾಮ	
ಗ್ರೂಪ್	
ಕಛೇರಿ ವಿಳಾಸ	
ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ	

ಮಾನ್ಯರೆ,

ವಿಷಯ: ಕರ್ನಾಟಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಜೀವಿನಿ ಯೋಜನೆಗೆ ಒಳಪಡಲು ಅಸಮ್ಮತಿ ನೀಡುತ್ತಿರುವ ಬಗ್ಗೆ

ಶ್ರೀ/ಶ್ರೀಮತಿ_____

____, ಚಿತ್ರದುರ್ಗ ಆದ ನಾನು ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರಿ ನೌಕರನಾಗಿದ್ದು, ಕರ್ನಾಟಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಂಜೀವಿನಿ ಯೋಜನೆಯಡಿಯಲ್ಲಿ ನಗದು ರಹಿತ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸೇವೆಗೆ ಒಳಪಡಲು ಇಚ್ಛಿಸುವುದಿಲ್ಲ.

ಆದ್ದರಿಂದ ನನ್ನ ವೇತನದಲ್ಲಿ ಈ ಯೋಜನೆಯ ಮಾಸಿಕ ವಂತಿಗೆಯನ್ನು ಕಟಾವಣಿ ಮಾಡದಂತೆ ಈ ಮೂಲಕ ತಮಗೆ ಮನವಿ ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತೇನೆ.

ವಂದನೆಗಳೊಂದಿಗೆ

ಸ್ಥಳ:

ದಿನಾಂಕ:

ಮನವಿದಾರರ ಸಹಿ