

पेशनभोगी पहचान-पत्र/PENSIONER'S IDENTITY CARD



भारत सरकार/GOVERNMENT OF INDIA
राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संस्थान/NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH & FAMILY WELFARE
नई दिल्ली/NEW DELHI-110 067

संख्या/ No.: _____

नाम/Name: _____

आवासीय पता/Residential Address: _____

दूरभा-1/Telephone No. _____ रक्त वर्ग/Blood Group: _____

फोटो के लिए
स्थान
Space for
Photograph

कार्डधारी के हस्ताक्षर
Signature of Card Holder

जारीकर्ता अधिकारी के हस्ताक्षर एवं मोहर
Signature of Issuing Authority with seal

जन्म तिथि/Date of Birth / अधिवा-1/ Superannuation*
() ()

सेवानिवृत्ति के समय धारित पद / वेतनमान/ Pay Scale*
Post Held on Retirement / () ()

अन्तिम वेतन/Last Pay / औसत परिलब्धियां/Average Emoluments*
() ()

अर्हक सेवा/ Qualifying Service: _____

मूलतः स्वीकृत पेंशन/Pension Originally Sanctioned: _____

पी.पी.ओ संख्या एवं तिथि/P.P.O. No. and Date: _____

*को-ठक में/ in brackets