



क.रा.बी.नि.
E.S.I.C.

कर्मचारी राज्य बीमा निगम
(ब्रह्मचरिणोऽव्ययं प्रोक्षणं, भारत सरकार)
कर्मचारी राज्य बीमा निगम
(श्रम एवं रोजगार मंत्रालय, भारत सरकार)
EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION
(Ministry of Labour & Employment, Govt. of India)



सत्यमेव जयते

आदर्श होस्पिटल बापुनगर, हार्दसनगर पोलीस चौकी पास, बापुनगर, अहमदाबाद,
गुजरात - 380024
आदर्श अस्पताल बापुनगर, हार्दसनगर पुलिस चौकी के पास, बापुनगर, अहमदाबाद,
गुजरात - 380024
MODEL HOSPITAL BAPUNAGAR, NEAR HARDASNAGAR POLICE CHOWKI,
BAPUNAGAR, AHMEDABAD - 380024
PHONE: 079-22772587 Email: ms-bapunagar.gi@esic.nic.in
Website: www.esic.nic.in

No.: 37/ESIC/MHB/ADMN/MA&TF/2023

दिनांक - 08/08/2024

परिपत्र

विषय - चिकित्सा सुविधाओं का लाभ उठाने के लिए विकल्प में बदलाव के संबंध में ऐवम स्पष्टीकरण।

विषय के संदर्भ में सभी कर्मचारी मुख्यालय द्वारा जारी पत्र दिनांक 29/07/2024 का संदर्भ ले, जिसके जरिए उन्होंने कर्मचारियों से चिकित्सा सुविधा का लाभ उठाने के संबंध में विकल्प में बदलाव के दिशानिर्देश जारी किए हैं और चिकित्सा सुविधाओं के संबंध में बदलाव करने का विकल्प भी दिया है।

इसलिए, सभी कर्मचारियों को **7/09/2024** तक अपना विकल्प (संलग्न) प्रस्तुत करने का निर्देश दिया जाता है। विकल्प फोरम को हस्ताक्षर करके/SCANNED COPY केवल ईमेल आइडी - jaimin.agrawal@esic.nic.in पर ईमेल करे (SUBJ LINE-OPTION FOR ESIC MED/CSMA SCHEME REGD)/ हार्ड कॉपी प्रेषित करने की आवश्यकता नहीं है।

अगर किसी अधिकारी / कर्मचारी से विकल्प प्राप्त नहीं होता है तो उनका CS (MA) नियम, 1944 के अंतर्गत चिकित्सा सेवा का विकल्प माना जाएगा (DEFAULT OPTION)।

यह चिकित्सा अधीक्षक महोदय द्वारा अनुमोदित है।

सलग्न :- यथोपरि

(उप निदेशक/प्रशासन)

सेवा में,
सभी कर्मचारी, क.रा.बी.नि. आदर्श अस्पताल बीपुनगर अहमदाबाद।

Annexure - I**FORM OF OPTION**

With reference to ESIC Headquarters letter no D-13011/2/2022-E-IV dated 29/07/2024, I hereby opt to avail medical facility as mentioned below:

1. I,hereby opt the medical facilities under ESIC Medical Institutions on payment of requisite contribution.

OR

2. I, hereby opt to avail medical facility under CS(MA) Rules, 1944. I will not be eligible for medical facility from ESIC Medical Institutions.

Signature: _____

Name: _____

Designation: _____

Emp ID: _____

Date of Joining: _____

#Strike out option which is not applicable and tick the option which has been opted.