

(অফিস পূরন করিবে)

বাংলাদেশ প্রকৌশল বিশ্ববিদ্যালয়, ঢাকা।

নং/মেঃ

মেডিক্যাল ব্যয় পূরন ফরম

তারিখঃ

বিল জমাদানকারী পূরন করিবে

আর্থিক বৎসরঃ

বিল জমাদানকারী ছাত্র/ছাত্রী-----

বুয়েট শাখা, সোনালী ব্যাংক হিসাব নং-----

মেডিক্যাল কার্ড নং-----

বর্ষ-----

বিভাগ-----

রোল নং-----

(ক) নিম্নে ঔষধের বিস্তারিত বিলের বিবরণঃ

নং	মেমো নং	তারিখ	টাকা
(১)	মেমো নং	তারিখ	টাকা
(২)	মেমো নং	তারিখ	টাকা
(৩)	মেমো নং	তারিখ	টাকা
(৪)	মেমো নং	তারিখ	টাকা
(৫)	মেমো নং	তারিখ	টাকা
(৬)	মেমো নং	তারিখ	টাকা
(৭)	মেমো নং	তারিখ	টাকা
(৮)	মেমো নং	তারিখ	টাকা
(৯)	মেমো নং	তারিখ	টাকা
(১০)	মেমো নং	তারিখ	টাকা
(১১)	মেমো নং	তারিখ	টাকা

মোট-----

(খ) রোগ নির্ণয়কালে প্যাথলজি / এক্সরে পরীক্ষা ইত্যাদি বাবদঃ

নং	রশিদ নং	তারিখ	টাকা
(১)	রশিদ নং	তারিখ	টাকা
(২)	রশিদ নং	তারিখ	টাকা
(৩)	রশিদ নং	তারিখ	টাকা
(৪)	রশিদ নং	তারিখ	টাকা
(৫)	রশিদ নং	তারিখ	টাকা
(৬)	রশিদ নং	তারিখ	টাকা

মোট-----

(গ) বিশেষজ্ঞের ফিস এবং হাসপাতালের সিট ভাড়া বাবদঃ

নং	রশিদ নং	তারিখ	টাকা
(১)	রশিদ নং	তারিখ	টাকা
(২)	রশিদ নং	তারিখ	টাকা
(৩)	রশিদ নং	তারিখ	টাকা
(৪)	রশিদ নং	তারিখ	টাকা
(৫)	রশিদ নং	তারিখ	টাকা

মোট-----

সর্বমোট টাকা(কথায়)-----

সর্বমোট

বিল জমার তারিখ

ডিলিং সহকারীর স্বাক্ষর

রেভিনিউ স্ট্যাম্পসহ স্বাক্ষর

রোগী ছাত্র/ছাত্রীর স্বাক্ষর

(অফিস পূরন করিবে)

(১) উপরের ঔষধের জন্য মোট----- টাকার যে বিল করা হইয়াছিল, তাহা আমি রোগী ছাত্র/ছাত্রী-----

এর জন্য ব্যবস্থাপত্র দিয়াছিলাম। তিনি-----

-----রোগে ভুগিতেছিলেন। ঐ সমস্ত ঔষধ কেবলমাত্র রোগমুক্তি ও স্বাভাবিক স্বাস্থ্য ফিরাইয়া আনার জন্য, উহা কোন টনিক বা খাদ্য নয়।

(২) উল্লেখ করা যাইতে পারে যে, উপরোক্ত ঔষধপত্রাদি বা তাহাদের সমতুল্য কোন ঔষধ ঐ সময়ে চিকিৎসা কেন্দ্রে ছিল না বা বিতরণ করা সম্ভব হয় নাই।

(৩) আরও উল্লেখ করা যাইতে পারে যে, এক্সরে/প্যাথলজি/বিশেষজ্ঞের ফিস ইত্যাদির জন্য উপরে যে,----- টাকার বিল করা হইয়াছে, তাহা কেবলমাত্র রোগ নির্ণয়ের বা সুচিকিৎসার জন্য করা হইয়াছে।

(৪) আমি ঘোষণা করিতেছি যে, আমার উপদেশ অনুযায়ী যথারীতি বিশেষজ্ঞের/হাসপাতালে পাঠানো হইয়াছিল। এই বিলের টাকা পরিশোধ করা যাইতে পারে।

ছাত্রকল্যাণ পরিচালক

চীফ মেডিক্যাল অফিসার

ডেপুটি চীফ মেডিক্যাল অফিসার/মেডিক্যাল অফিসার