

સોગંદનામું

આથી હું..... ઉં.વર્ષ આશરે.....

.રહેવાસી.....લખી જણાવું છું કે, મારા માટે/ મારી

પત્ની માટે/ મારા માતાજી માટે/મારા પિતાજી માટે /મારા પુત્ર માટે/મારી પુત્રી માટે

નામે.....ઉં.આશરે..... ની તબીબી સારવાર

..... ખાતે

કરાવેલ છે જેના બીલોની રકમ નીચેની વિગતે છે. તે તમામ બીલોની રકમો મે મેડીકલઇમ દ્વારા કે અન્ય સહાય દ્વારા મેળવેલ નથી તેની આથી બાહેધરી આપુ છું.

સહી.....

()

અરજદારનું નામ

સ્થળ:-

તારીખ :-

Certificate

1. Received Contents
2. Certified that I have satisfied myself that all sums included in bills in _____ Form Try. 413 drawn 1 month / 2 months /3 months previous to this dated _____ with the exception of those detailed below of _____ (which the total has been refunded by deduction from this bill have been disbursed to the proper persons and that their acquittances have been taken and filled in my office with receipt stamps duly cancelled for every payments in excess Rs. 20.
3. Certified that the balance at the credit of subscriber on the date of withdrawl covers the sum drawn in the bill. The policy no. _____ with _____.
4. Company has already been assigned in favour of the Governor of Gujarat and submitted to the Accounts Officer for the details of the policy proposed to be taken have been communicated to and accepted by the Accounts Officer in his letter No. _____ dated _____.

Signature _____

Principal.