

## ജനശക്തി - കിംസ് സമഗ്ര ആരോഗ്യസംരക്ഷണപദ്ധതി

ക്രമ നമ്പർ	പേര്	സ്ത്രീ/പുരുഷൻ	ജനന തീയതി/വയസ്സ്	കുടുംബ നാമനുമായുള്ള ബന്ധം	വിവാഹിതൻ / അവിവാഹിതൻ	രക്ത ഗ്രൂപ്പ്	രക്തം ദാനം ചെയ്യാൻ താല്പര്യം	മൊബൈൽ നമ്പർ / ഇ മെയിൽ അഡ്രസ്സ്	നിലവിലുള്ള അസുഖങ്ങൾ	ചികിത്സാരി	മരണശേഷം അവയവം ദാനം ചെയ്യാൻ തയ്യാറാണോ?	പദ്ധതിയിൽ അംഗമാകാൻ താല്പര്യം
A												
B												
C												
D												
E												
F												

മെഡിക്കൽ ഇൻഷുറൻസിൽ അംഗമാണോ?	അംഗമാണെങ്കിൽ		എത്രപേർ?	വാർഷിക ഫീസ്	ഏത് കമ്പനിയുടെ ഇൻഷുറൻസ്?
ആണ്	അല്ല	വ്യക്തിഗതം	കുടുംബ ഇൻഷുറൻസ്		

മറ്റ് വിവരങ്ങൾ	വിലാസം	
	ഫോൺ നമ്പർ	
	ഇ - മെയിൽ	

സ്ഥലം: മുകളിൽ പറഞ്ഞ വസ്തുതകൾ ശരിയാണെന്ന് ഇതിനാൽ ഞാൻ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

തീയതി: പേര് :

ഒപ്പ് :

ഓഫീസ് ഉപയോഗത്തിന്

അംഗത്വ നമ്പർ :

സർവ്വേ നടത്തിയ വ്യക്തിയുടെ പേര്:

ഒപ്പ്:

തന്നിട്ടുള്ള വിവരങ്ങൾ ജനശക്തി-കിംസ് സമഗ്ര ആരോഗ്യസംരക്ഷണപദ്ധതിക്കു വേണ്ടി മാത്രമുള്ളതാണ്. മറ്റ് ആവശ്യങ്ങൾക്കായി ഉപയോഗിക്കുന്നതല്ല.