

LETTER OF APPROVAL / RECOMMENDATION

To,

The Coordinator,
MediWheel (M/s. Arcofermi Healthcare Pvt. Ltd.)

Dear Sir / Madam,

Sub: Annual Health Checkup for the employees of Bank of Baroda

This is to inform you that the following employee wishes to avail the facility of Cashless Annual Health Checkup provided by you in terms of our agreement.

PARTICULARS	EMPLOYEE DETAILS
NAME	MR. B SIMHADRNAIDU
EC NO.	180070
DESIGNATION	SENIOR CUSTOMER SERVICE ASSOCIATE (CASH)
PLACE OF WORK	ABLUDU
BIRTHDATE	12-06-1986
PROPOSED DATE OF HEALTH CHECKUP	23-11-2024
BOOKING REFERENCE NO.	24D180070100123554E

This letter of approval / recommendation is valid if submitted along with copy of the Bank of Baroda employee id card. This approval is valid from 21-11-2024 till 31-03-2025 The list of medical tests to be conducted is provided in the annexure to this letter. Please note that the said health checkup is a **cashless facility** as per our tie up arrangement. We request you to attend to the health checkup requirement of our employee and accord your top priority and best resources in this regard. The EC Number and the booking reference number as given in the above table shall be mentioned in the invoice, invariably.

We solicit your co-operation in this regard.

Yours faithfully,

Sd/-

**Chief General Manager
HRM & Marketing Department
Bank of Baroda**

(Note: This is a computer generated letter. No Signature required. For any clarification, please contact MediWheel (M/s. Arcofermi Healthcare Pvt. Ltd.))

मानव संसाधन प्रशासन विभाग, प्रधान कार्यालय, छटा तन, "बड़ौदा भवन", अलकापुरी, बड़ौदा-390007 (भारत)
Human Resources Management Department, Head Office, 6th Floor, "Baroda Bhavan", Alkapuri, Baroda-390007 (India)



प्रति,

सामन्वयक,
MediWheel (M/s. Arcofoni Healthcare Pvt. Ltd.)

महोदय/ महोदया,

विषय: बैंक ऑफ़ बड़ोदा के कर्मचारियों के लिए वार्षिक स्वास्थ्य जांच।

हम आपको सूचित करना चाहते हैं कि हमारे कर्मचारी जिनका विवरण निम्नानुसार है, हमारे कर्म के अनुसार आपके द्वारा उपलब्ध कराई गई वैश्लेषा वार्षिक स्वास्थ्य जांच सुविधा का लाभ लेना चाहते हैं।

	कर्मचारी विवरण
नाम	MR. B SIMHADRIHAIDU
क.व.संख्या	180070
पदनाम	BENIOR CUSTOMER SERVICE ASSOCIATE(CASH)
कार्य का स्थान	ABLU DU
जन्म की तारीख	12-06-1986
स्वास्थ्य जांच की प्रस्तावित तारीख	23-11-2024
युक्तिंग संदर्भ सं.	24D180070100123554E

यह अनुमोदन/ संस्तुति पत्र तभी वैध माना जाएगा जब इसी बैंक ऑफ़ बड़ोदा के कर्मचारी आईडी कार्ड की प्रति के साथ प्रस्तुत किया जाएगा। यह अनुमोदन पत्र दिनांक 21-11-2024 से 31-03-2025 तक मान्य है। इस पत्र के साथ किए जाने वाले चिकित्सा जांच की सूची अनुलग्नक के रूप में दी गई है। कृपया नोट करें कि उक्त स्वास्थ्य जांच हमारी टाई-अप व्यवस्था के अनुसार वैश्लेषा सुविधा है। हम अनुरोध करते हैं कि आप हमारे कर्मचारी के स्वास्थ्य जांच संबंधी आवश्यकताओं पर उचित कार्रवाई करें तथा इस संबंध में अपनी सर्वोच्च प्राथमिकता तथा सर्वोत्तम संसाधन उपलब्ध कराएं। उपर्युक्त सारणी में दी गई कर्मचारी कूट संख्या एवं युक्तिंग संदर्भ संख्या का उल्लेख अनिवार्य रूप से इनबॉक्स में किया जाना चाहिए।

हम इस संबंध में आपके सहयोग की अपेक्षा करते हैं।

भवदीय,

हस्ता/-

(मुख्य महाप्रबंधक)

मा.सं.प्र. एवं विपणन

बैंक ऑफ़ बड़ोदा

(नोट: यह कंप्यूटर द्वारा जनरेट किया गया पत्र है। हस्ताक्षर की आवश्यकता नहीं है। कृपया किसी भी स्पष्टीकरण के लिए MediWheel (M/s. Arcofoni Healthcare Pvt. Ltd.) से संपर्क करें।)