

प्रति,

समन्वयक,  
MediWheel (M/s. Arcofemi Healthcare Pvt. Ltd.)

महोदय/ महोदया,

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

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

|                                    | कर्मचारी विवरण                          |
|------------------------------------|---|
| नाम                                | MR. KUMAWAT PANKAJ KUMAR                |
| क.कू.संख्या                        | 104475                                  |
| पदनाम                              | SENIOR CUSTOMER SERVICE ASSOCIATE(CASH) |
| कार्य का स्थान                     | SIKAR,SALASAR ROAD                      |
| जन्म की तारीख                      | 17-08-1992                              |
| स्वास्थ्य जांच की प्रस्तावित तारीख | 28-09-2024                              |
| बुकिंग संदर्भ सं.                  | 24S104475100114582E                     |

यह अनुमोदन/ संस्तुति पत्र तभी वैध माना जाएगा जब इसे बैंक ऑफ़ बड़ौदा के कर्मचारी आईडी कार्ड की प्रति के साथ प्रस्तुत किया जाएगा। यह अनुमोदन पत्र दिनांक **20-09-2024** 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 कैशलेस 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 बुकिंग संदर्भ संख्या का उल्लेख अनिवार्य रूप से इनवॉइस 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 बड़ौदा

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

LETTER OF APPROVAL / RECOMMENDATION

To,

The Coordinator,  
MediWheel (M/s. Arcofemi 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. KUMAWAT PANKAJ KUMAR                    |
| EC NO.                          | 104475                                      |
| DESIGNATION                     | SENIOR CUSTOMER SERVICE ASSOCIATE<br>(CASH) |
| PLACE OF WORK                   | SIKAR,SALASAR ROAD                          |
| BIRTHDATE                       | 17-08-1992                                  |
| PROPOSED DATE OF HEALTH CHECKUP | 28-09-2024                                  |
| BOOKING REFERENCE NO.           | 24S104475100114582E                         |

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 **20-09-2024** 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. Arcofemi Healthcare Pvt. Ltd.))

**List of tests & consultations to be covered as part of Annual Health Check-up**

| S.No. | For Male                            | For Female  |
|-------|-------------------------------------|---|
| 1     | CBC                                 | CBC   |
| 2     | ESR                                 | ESR   |
| 3     | Blood Group & RH Factor             | Blood Group & RH Factor                                   |
| 4     | Blood and Urine Sugar Fasting       | Blood and Urine Sugar Fasting                             |
| 5     | Blood and Urine Sugar PP            | Blood and Urine Sugar PP                                  |
| 6     | Stool Routine                       | Stool Routine   |
|       | <b>Lipid Profile</b>                | <b>Lipid Profile</b>                                      |
| 7     | Total Cholesterol                   | Total Cholesterol   |
| 8     | HDL                                 | HDL   |
| 9     | LDL                                 | LDL   |
| 10    | VLDL                                | VLDL  |
| 11    | Triglycerides                       | Triglycerides   |
| 12    | HDL/ LDL ratio                      | HDL/ LDL ratio  |
|       | <b>Liver Profile</b>                | <b>Liver Profile</b>                                      |
| 13    | AST                                 | AST   |
| 14    | ALT                                 | ALT   |
| 15    | GGT                                 | GGT   |
| 16    | Bilirubin (total, direct, indirect) | Bilirubin (total, direct, indirect)                       |
| 17    | ALP                                 | ALP   |
| 18    | Proteins (T, Albumin, Globulin)     | Proteins (T, Albumin, Globulin)                           |
|       | <b>Kidney Profile</b>               | <b>Kidney Profile</b>                                     |
| 19    | Serum Creatinine                    | Serum Creatinine  |
| 20    | Blood Urea Nitrogen                 | Blood Urea Nitrogen                                       |
| 21    | Uric Acid                           | Uric Acid   |
| 22    | HBA1C                               | HBA1C   |
| 23    | Routine Urine Analysis              | Routine Urine Analysis                                    |
| 24    | USG Whole Abdomen                   | USG Whole Abdomen   |
|       | <b>General Tests</b>                | <b>General Tests</b>                                      |
| 25    | X Ray Chest                         | X Ray Chest   |
| 26    | ECG                                 | ECG   |
| 27    | 2D/3D ECHO / TMT                    | 2D/3D ECHO / TMT  |
| 28    | Stress Test                         | Gynaec Consultation                                       |
| 29    | PSA Male (above 40 years)           | Pap Smear (above 30 years) & Mammography (above 40 years) |
| 30    | Thyroid Profile (T3, T4, TSH)       | Thyroid Profile (T3, T4, TSH)                             |
| 31    | Dental Check-up Consultation        | Dental Check-up Consultation                              |
| 32    | Physician Consultation              | Physician Consultation                                    |
| 33    | Eye Check-up Consultation           | Eye Check-up Consultation                                 |
| 34    | Skin/ENT Consultation               | Skin/ENT Consultation                                     |

\*\*\*