

प्रति,

समन्वयक,  
Mediwheel (Arcofemi Healthcare Limited)  
हेल्पलाइन नंबर: 011-41195959

महोदय/ महोदया,

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

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

| स्वास्थ्य जांच लाभार्थी के विवरण                            |                     |
|---|---------------------|
| नाम   | NEHA SRIVASTAVA     |
| जन्म की तारीख   | 15-06-1991          |
| कर्मचारी की पत्नी/पति के स्वास्थ्य जांच की प्रस्तावित तारीख | 23-12-2023          |
| बुकिंग संदर्भ सं.   | 23D160715100079510S |
| पत्नी/पति के विवरण  |                     |
| कर्मचारी का नाम   | MR. KUMAR AMIT      |
| कर्मचारी की क.कू.संख्या                                     | 160715              |
| कर्मचारी का पद  | BRANCH HEAD         |
| कर्मचारी के कार्य का स्थान                                  | MOTA VARACHHA       |
| कर्मचारी के जन्म की तारीख                                   | 20-02-1982          |

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 **15-12-2023** से **31-03-2024** 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 पत्नी/पति की 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)

मानव संसाधन प्रबंधन विभाग

बैंक ऑफ़ बड़ौदा

(नोट: यह कंप्यूटर द्वारा जनरेट किया गया पत्र है। हस्ताक्षर की आवश्यकता नहीं है। कृपया किसी भी स्पष्टीकरण के लिए Mediwheel (Arcofemi Healthcare Limited)से संपर्क करें।)



To,

The Coordinator,  
Mediwheel (Arcofemi Healthcare Limited)  
Helpline number: 011- 41195959

Dear Sir / Madam,

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

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

| PARTICULARS OF HEALTH CHECK UP BENEFICIARY          |                     |
|---|---------------------|
| NAME  | NEHA SRIVASTAVA     |
| DATE OF BIRTH                                       | 15-06-1991          |
| PROPOSED DATE OF HEALTH CHECKUP FOR EMPLOYEE SPOUSE | 23-12-2023          |
| BOOKING REFERENCE NO.                               | 23D160715100079510S |
| SPOUSE DETAILS                                      |                     |
| EMPLOYEE NAME                                       | MR. KUMAR AMIT      |
| EMPLOYEE EC NO.                                     | 160715              |
| EMPLOYEE DESIGNATION                                | BRANCH HEAD         |
| EMPLOYEE PLACE OF WORK                              | MOTA VARACHHA       |
| EMPLOYEE BIRTHDATE                                  | 20-02-1982          |

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 **15-12-2023** till **31-03-2024**. 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's spouse 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 Department**  
**Bank of Baroda**

(Note: This is a computer generated letter. No Signature required. For any clarification, please contact Mediwheel (Arcofemi Healthcare Limited))



**SUGGESTIVE LIST OF MEDICAL TESTS**

| <b>FOR MALE</b>                     | <b>FOR FEMALE</b>   |
|-------------------------------------|---|
| CBC                                 | CBC   |
| ESR                                 | ESR   |
| Blood Group & RH Factor             | Blood Group & RH Factor   |
| Blood and Urine Sugar Fasting       | Blood and Urine Sugar Fasting                                   |
| Blood and Urine Sugar PP            | Blood and Urine Sugar PP  |
| Stool Routine                       | Stool Routine   |
| <b>Lipid Profile</b>                | <b>Lipid Profile</b>  |
| Total Cholesterol                   | Total Cholesterol   |
| HDL                                 | HDL   |
| LDL                                 | LDL   |
| VLDL                                | VLDL  |
| Triglycerides                       | Triglycerides   |
| HDL / LDL ratio                     | HDL / LDL ratio   |
| <b>Liver Profile</b>                | <b>Liver Profile</b>  |
| AST                                 | AST   |
| ALT                                 | ALT   |
| GGT                                 | GGT   |
| Bilirubin (total, direct, indirect) | Bilirubin (total, direct, indirect)                             |
| ALP                                 | ALP   |
| Proteins (T, Albumin, Globulin)     | Proteins (T, Albumin, Globulin)                                 |
| <b>Kidney Profile</b>               | <b>Kidney Profile</b>   |
| Serum creatinine                    | Serum creatinine  |
| Blood Urea Nitrogen                 | Blood Urea Nitrogen   |
| Uric Acid                           | Uric Acid   |
| HBA1C                               | HBA1C   |
| Routine urine analysis              | Routine urine analysis  |
| USG Whole Abdomen                   | USG Whole Abdomen   |
| <b>General Tests</b>                | <b>General Tests</b>  |
| X Ray Chest                         | X Ray Chest   |
| ECG                                 | ECG   |
| 2D/3D ECHO / TMT                    | 2D/3D ECHO / TMT  |
| Stress Test                         | Thyroid Profile (T3, T4, TSH)                                   |
| PSA Male (above 40 years)           | Mammography (above 40 years)<br>and Pap Smear (above 30 years). |
| Thyroid Profile (T3, T4, TSH)       | Dental Check-up consultation                                    |
| Dental Check-up consultation        | Physician Consultation  |
| Physician Consultation              | Eye Check-up consultation                                       |
| Eye Check-up consultation           | Skin/ENT consultation   |
| Skin/ENT consultation               | Gynaec Consultation   |