



प्रति,

माननीय,  
MediWheel (Ms. Arcolom Healthcare Pvt. Ltd.)

महोदय/ महोदया,

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

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

|                                    | कर्मचारी विवरण                           |
|------------------------------------|--|
| नाम                                | MR. RAM JAS                              |
| क.पु.संख्या                        | 55965                                    |
| पदनाम                              | SENIOR CUSTOMER SERVICE ASSOCIATE (CASH) |
| कार्य-का स्थान                     | KATHIHAON                                |
| जन्म की तारीख                      | 02-02-1971                               |
| स्वास्थ्य जांच की प्रस्तावित तारीख | 23-11-2024                               |
| युक्ति संदर्भ सं.                  | 24D55965100122364E                       |

यह अनुमोदन-सन्तुष्टि पत्र तभी वैध माना जाएगा जब इसे बैंक ऑफ बड़ोदा के कर्मचारी आईडी कार्ड की प्रति के साथ प्रस्तुत किया जाएगा। यह अनुमोदन पत्र दिनांक 16-11-2024 से 31-03-2025 तक मान्य है। इस पत्र के साथ किए जाने वाले विभिन्न जांच की सुची अनुलग्नक के रूप में दी गई है। कृपया नोट करें कि इस स्वास्थ्य जांच हमारी टाई-अप व्यवस्था के अनुसार कैबलेस सुविधा है। हम अनुमोद करते हैं कि आप हमारे कर्मचारी के स्वास्थ्य जांच संबंधी आवश्यकताओं पर उचित कार्रवाई करें तथा इस संबंध में अपनी सर्वोच्च प्राथमिकता तथा सर्वोच्च संसाधन उपलब्ध कराएं। उपरोक्त सारणी में दी गई कर्मचारी कुटुंब संख्या एवं युक्ति संदर्भ संख्या का काल्पनिक अनिवार्य रूप से ट्विस्टिंग में किया जाना चाहिए।

हम इस संबंध में आपके सहयोग की अपेक्षा करते हैं।

धन्यवाद,

हस्ताक्षर-

(मुख्य महाप्रबंधक)

प्र.म.प्र. एवं विपणन

बैंक ऑफ बड़ोदा

(नोट: यह कंप्यूटर द्वारा जनरेट किया गया पत्र है। हस्ताक्षर की आवश्यकता नहीं है। कृपया किसी भी ग्राहकालय के लिए Intervention Box, Arcolom Healthcare Pvt. Ltd.) से संपर्क करें।)