

**ADDITIONAL SHARE APPLICATION**  
(നിലവിലുള്ള ഷെയർ തുക വർദ്ധിപ്പിക്കുന്നതിന്)

EMCH/SH&INS/FOR/03

From .....

.....

.....

Date.....

|              |  |
|--------------|--|
| <b>M.No.</b> |  |
|--------------|--|

To

**ജനറൽ മാനേജർ**  
ഇഎംഎസ് മെമ്മോറിയൽ കോ-ഓപ്പറേറ്റീവ് ഹോസ്പിറ്റൽ  
8 റിസർച്ച് സെന്റർ ലി. നമ്പർ എം. 549  
പെരിന്തൽമണ്ണ.

സർ,  
ഞാൻ ആശുപത്രിയിലെ ..... നമ്പർ മെമ്പറാണ്. എന്റെ ഷെയർ കണക്കിലേക്ക് കൂടുതലായി ..... രൂപ കൂടി ഞാൻ ഇതോടൊപ്പം പണമായി/ചെക്കായി അടയ്ക്കുന്നു. എന്റെ ഷെയർ ആയി ആകെ ..... രൂപയുണ്ട്. ഇതുപ്രകാരം അനുവദിക്കാവുന്ന ചികിത്സ തുടങ്ങിയ ആനുകൂല്യങ്ങൾ എനിക്കും താഴെ കാണിച്ച എന്റെ കുടുംബാംഗങ്ങൾക്കും ലഭിക്കാൻ ആവശ്യമായ നടപടികൾ സ്വീകരിക്കണമെന്ന് അഭ്യർത്ഥിക്കുന്നു.

**ചികിത്സാ ആനുകൂല്യത്തിന് ഉൾപ്പെടുത്തേണ്ട കുടുംബാംഗങ്ങളുടെ വിവരം** (ഷെയറുടമയുടെ പേര് എഴുതേണ്ട ആവശ്യമില്ല)

| ക്രമ നമ്പർ | പേര് | വിലാസം | അപേക്ഷകനു മായുള്ള ബന്ധം | വയസ്സ് |
|------------|------|--------|-------------------------|--------|
| 1          |      |        |                         |        |
| 2          |      |        |                         |        |
| 3          |      |        |                         |        |
| 4          |      |        |                         |        |

**ഷെയർ ഉടമയുടെ ഒപ്പ്**

**FOR OFFICE USE**

|                   |  |                         |  |                   |  |
|-------------------|--|-------------------------|--|-------------------|--|
| 1. Membership No. |  | 2. Date of Premium paid |  | 3. DBR No. & Date |  |
| General Manager   |  | Chairman                |  |                   |  |