SRF-C-25-08-0245

| APPLICATION | FORM | FOR ASSISTANCE | |
|-------------|------|----------------|--|

(Healthcare) (स्वास्थय देखामाल) Koshika foundation

| आवेदन तिथी 0 G - 0.8 - 9.09 S NAME OF APPLICANT: अवेदक का नाम Mys. Shahaj PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता PRESENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता PRESENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता OCCUPATION: MARRIED (विवाहिस) / UNMARRIED (अविवाहित) OCCUPATION: MARRIED (विवाहिस) / UNMARRIED (अविवाहित) | | सहायता हेर | ू आवेदन प्रारूप | (स्वास्थय देखमाल) | | अमाल) | foundation | | | | |
|--|--|---|--|--|-------------------------------------|--|-------------------------|--|--|--|--|
| AGE-YELARD 3985-94 SEX 1691 AGE-YELARD 3985-95 SEX 1691 AGE-YELARD 3985-95 SEX 1691 AND PRESENT RESIDENCE ADDRESS VARIES STATES STATES ADDRESS VARIES SEX 1691 ARABITATION PRESENT RESIDENCE ADDRESS VARIES STATES STATES ADDRESS VARIES SEX 1691 ARABITATION PRESENT RESIDENCE ADDRESS VARIES STATES VARIES OF POP-OF-OP ARABITATION PRESENT RESIDENCE ADDRESS VARIES STATES VARIES OF POP-OF-OP ARABITATION PRESENT RESIDENCE ADDRESS VARIES STATES VARIES OF POP-OF-OP ARABITATION PRESENT RESIDENCE ADDRESS VARIES STATES VARIES OF POP-OF-OP ARABITATION PRESENT RESIDENCE ADDRESS VARIES STATES VARIES OF POP-OF-OP ARABITATION PRESENT RESIDENCE ADDRESS VARIES STATES VARIES OF POP-OF-OP ARABITATION PRESENT VARIES VARIES VARIES OF POP-OF-OP ARABITATION PRESENT VARIES VARIES VARIES OF POP-OF-OP ARABITATION PRESENT VARIES | APPLICATION No. : | clos | 25/1226 | | | 00-00 | Building block of life. | | | | |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS 'Entiry strength your process' of the streng strength your process' of the strength your process of the strength your proc | आवरन संख्या : NAME of APPLICANT : आवेरक का नाम | M918 | Shahnai | | GE-YEARS आयु- | | | | | | |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्षण्य आपापीय पण | | NAME: | Mar. Shams | shad | | | | | | | |
| DCCUPATION: जिस्साम | | MAINT | PRESENT RESIDENCE ADDR | RESS वर्तमा | न आवासीय पता |) (bi | PASTE PHOTO HERE | | | | |
| DCCUPATION: जिस्साम | | | | | | WIJ | March 1 | | | | |
| DOCUPATION: MARRIED (अपिवारिका) / UNMARRIED (अपिवारिका) (OTAL ANNIAL INCOME पूल वार्षिक आव (Attach Proof of Income) (आव का साम्य संलग) (Attach Proof of Income) (आव का साम्य संलग) (अव का साम्य संलग (अव का साम्य संलग) (अव का साम्य संल | | PE | RMANENT RESIDENCE ADDR | RESS : स्थाई | आवासीय पता | | | | | | |
| प्रविद्या में किया के प्राप्त के अपने किया किया किया किया किया किया किया किया | | | same a | sak | VC | | (0336) | | | | |
| कुल बार्कि आव | OCCUPATION : व्यवसाय | Home 1 | | 2505 Literature de l'ambient de | | | | | | | |
| PANNO. TREE BIRDING MONTH PAR ASSESSEE (Tick whichever is applicable): REPAIN NO. Whene of Family Member Sr. No. Name of Family Member Age (Years) FAMILY DETAILS viffact (Beston) FAMILY DETAI | TOTAL ANNUAL INCO कुल वार्षिक आय | ME19,00 | 0 (Family | In | come) | (Attach Proof of (आय का साक्ष्य | Income) संलम) NA | | | | |
| ह्मा आप आप कर दाता है (को मान्य हो उस पर सही का निवान लगायो हैं। नुहार मान्य हो उस पर सही का निवान लगायों हैं। नुहार महिना विवारण विवारण विवारण परिवार के सहस्यों का नाम उस (वर्ग) हिना आप अपनेक के साम सम्यय सम्यय अपनेक के साम सम्यय अपनेक सम | | | V | | Yes / No | / | | | | | |
| Sr. No. Name of Family Member जिस संख्या (17) (17) (17) (18) (17) (17) (18) (17) (18) (18) (17) (18) (18) (18) (19) (10) | क्या आप आय कर दाता | है (जो मान्य हो उ | स पर सही का निशान लगाये। | | हां / नही | | | | | | |
| क्रम संख्या परिवार के सदसर्व का जाना उठ (वर्ष) हिंहा आवेरक के हास सम्बर्ध (1/) जिला के जिला के जिला सम्बर्ध (1/) जिला के जि | O. No. | I No | ma of Espelly Mambar | | | | Relation with Applicant | | | | |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये किनीत आधार BPL Card (Attach Card Copy) गरीची रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किये गये किनती काह्य (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये किनती काह्य (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये किनती का उद्देश्यः Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतियेदन सूची संलग्न (क्रिड्राइट्स के जारी की गई प्रतियेदन सूची संलग्न (क्रिड्राइट्स के जारी की गई प्रतियेदन सूची संलग्न (क्रिड्राइट्स केट्स केट्स कोई अन्य सहायता किस्ती अन्य स्वांत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED | | Vi- | me of Family Member वार के सदस्यों का नाम | 3 | प्र (वर्ष) | | आवेदक के साथ सम्बंध | | | | |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार BPL Card (Attach Card Copy) गरीवी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। PURPOSE: for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हुँ किये गरी विनती काई (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। PURPOSE: for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हुँ किये गरी विनती का उद्देश्यः Sr. No. Medical Reportus/Prescriptions Attached अस्मताना-अविवर से जारी की गई प्रतिचेदन सूची संलग्न (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। Assistance Being AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हे तु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्वेत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED | | | Shamshad | | 50 | m | Husband | | | | |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) HEIGHT के लिये विवतीत जाधार BPL Card (Attach Card Copy) गरीजी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। PPURPOSE' for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विवतीत जाधार (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करे। PPURPOSE' for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विवतीत कार्ड अन्य कोई साक्ष्य PPURPOSE' for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विवती का बद्देश्यः Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविवेदन सूची संलग्न (प्रमुण्या प्रति संलग्न अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविवेदन सूची संलग्न ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED | (2) | 1 | | | | | | | | | |
| सहायता के लिये विनित आधार BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनिती का उद्देश्यः Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से लिया गया हो? ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED | (3) | | To.S131 | | 6 | F3. | 5071 | | | | |
| सहायता के लिये विनित आधार BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनिती का उद्देश्यः Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से लिया गया हो? ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED | | 1 | | | | | | | | | |
| सहायता के लिये विनित आधार BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनिती का उद्देश्यः Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से लिया गया हो? ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED | | | | | | | | | | | |
| सहायता के लिये विनित आधार BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनिती का उद्देश्यः Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से लिया गया हो? ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रीत से लिया गया हो? NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED | | | | | | | | | | | |
| (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उर्देश्यः Sr. No. The strain हेतु किये गये विनती का उर्देश्यः Sr. No. The strain हेतु किये गये विनती का उर्देश्यः Sr. No. The strain हेतु किये गये विनती का उर्देश्यः Sr. No. The strain हेतु किये गये विनती का उर्देश्यः Sr. No. The strain हेतु किये गये विनती का उर्देश्यः The strain किया गया हो? The strain हेतु किये गये विनती का उर्देश्यः The strain किये गये विनती किये गये वि | | | BASIS for REQUESTING सहायता के लिये ी | 3 ASSISTAN वेनति आधार | CE (Tick whiche | ver is applicable) | | | | | |
| सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्यः Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न Diagnosis — Re Capsular Catavact (apsular Catavact Capsular Catavact Striggery — Re Strs With Printing Assistance Being Availed for Same "Purpose" from Other Sources इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य महायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. Name of Other Source Amount of Assistance Being Availed | (Attach Card Copy) (Attach Certificate C गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र अल्प आय वर्ग प्रमाण | | (Attach Certificate Co) अल्प आय वर्ग प्रमाण प | py) (Att | | ich Copy) क्ता कार्ड | Basis/Proof | | | | |
| अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न DICLS NO.SIS — RE Capsular Catavact (apsular Catava | | | | | | | | | | | |
| Dicignosis — RF — Capsular Cataract — (apsular Cataract — (apsular Cataract — STCS With PMMA ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य महायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED | | r. No. Medical Reports/Prescriptions Attached | | | | | | | | | |
| Stage of the source Amount of Assistance being availed sources St. No. Name of Other source Amount of Assistance being availed Amount of Assistance being availed | क्रम सख्या | | अस्पताल/हाक्टर स जारा का गइ प्रातवदन सूचा संलग्न | | | | | | | | |
| Stage of the source Amount of Assistance being availed sources St. No. Name of Other source Amount of Assistance being availed Amount of Assistance being availed | | (1) | | | | - 1 | | | | | |
| String of the source of other source of the | | Dias. | Magnosis - Rt - Capsular Catavaci, | | | | | | | | |
| String of the source of other source of the | | | 1F - Capsular Cateract | | | | | | | | |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य महायता किसी अन्य स्त्रीत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED | | | | | | | | | | | |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य महायता किसी अन्य स्त्रीत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED | | 1 | Comment of the second of the s | | | | | | | | |
| इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य महायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED | | 000 | 10914 - | RE | - 5 | ICS WILL | h MMA | | | | |
| इस उद्देश्य के हेतू कोई अन्य महायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो? Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED | | | | | | | , | | | | |
| Sr. No. NAME of OTHER SOURCE AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED | , | | ASSISTANCE BEING AVAI | LED for SAI ई अन्य सहार | ME "PURPOSE" । वता किसी अन्य स्थ | from OTHER SOUR बोत से लिया गया हो? | CES | | | | |
| | | | NAME of OTHER SOURCE | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance
 was requested by me.
- I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सत्ती है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी डदेश्य की पूर्वि के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- 3) में पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना को गई है, उस राशि का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोतः/नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही पविषय में लुगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने इस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमित की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में भोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि भेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राधित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एथम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताधर या अंगृते का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.

2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will

assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter. हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरी को ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्क्रोत से उक्त रोगी/मासले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्हेशन"

से सिफारिश/विनित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनित ऑशिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्यताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्यताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/पामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/सेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में रोगी के इलाव सुरक्षा और अने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई प्रिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख़ 08-202 SUNH VERMA (Market St. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न

(Name, Designation & Stampon Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर इस्प्रात जोडक्त अधिकारी

Eye

arity

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1 SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 1