

- 1) मैं सोचता करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता विरल की जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा जो सामग्री एपि "कोलिका फायनडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उनी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में माग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रत्येक की गई है, उस एपि का अधिकार या सफल हिसा किसी अन्य प्रोड्यूसर/कॉपी कम्पनी से न ले लिया है और न ही पथिष्य में रहता।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा वारं)

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.

अत्यंत कम कीमतों पर आगुलें का निर्यात

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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.

संयोजकता के लिए संयोजकता

संस्कृति के लिए संस्कृति

अभिज्ञान को हटायें

डाक्टर का नाम मे इस्ताफा मे लिखे नु

हाकर का नाम मे इसकाहा थ एनि न

नाम व पद इत्यादित अधिबृत्त अधिकारी

नाम व पद हमपासत अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक व्यपणन ईष्ट

न्यासी हस्ताक्षर ।

न्यासी हस्ताक्षर ।

व्यासो द्वापराया २

व्यासो हस्ताक्षरः २