

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा संकेत करते हुए

1) 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.

2) 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.

3) I hereby confirm that I have not & ... not in future, availed 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 पूर्णता सहा दूँ कि इस प्रकार मेरे दिलाने वाले जगहों के अनुसार सहा एवं गयी है। यदि कोई वितरण ऐसे कामों का सहायता देता है तो उसी सहायता की बदलता है।

2) मैं इस जो सहायता की "कौशिक जाह-ट्रैन", से ही ना घी है, उसका उपयोग कठीन दृष्टियों की भूमि के लिये वित्त बचाएं, ये इस प्राप्ति में प्रभु गया है।

3) मैं पूर्ण करा दूँ कि किस सहायता के द्वारा प्राप्त की गई है, उस परिसर का अधिकार या सहायता वित्ती अन्य धूम्रपानोंका बीच कम्पनी से न तो लिया है और न ही खरीद वैसे मूदा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पितक 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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रति ना लगने वाला है कि यह अंगठी की छात साक्षर, गैर (अलोक) अपनी छाती की पुष्टि करता है तर उसके नामोंमें " कोटिशिका फालदेवन और उसके नामोंमें " को अधिकृत करता है कि मेरा नाम, भाव, धौनी और जो विवरण इस प्रति में दीखता है, उसे "कोटिशिका" एवं नामों, नाम, वाचशाप द्वारे उत्तरोप से चुनी गईनामोंमें और उपराजितों के लिये कियी थी प्राचीर वाच्य से आपनी कानों के लिए अधिकृत है। मेरे प्रति यह विवरण यही इच्छा के साथ या यह ये कानों के लिए "कोटिशिका फालदेवन" या नामों अधिकृत है।

2) ऐसे (अपेक्षित) इस बात से सहमत है कि ये ही नाम, जात, घोटी और विवाह की कि सामग्री के रहनेरहने पर प्रतीक्षित है युद्धे रथः सामग्री का इकलाय भी बहता। इस सामग्री के "कृषिकाल" दूसरे उपरांत व्यापारित्व का नियंत्रण अधिकार और वापरादाती होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अमीरक ने प्राचीन संस्कृत विद्या

AGREEMENT by HOSPITAL (SIGNATURE HERE)

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:

(Hospital) hereby ~~acknowledges~~ & 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.

इसी अवधि तक प्रत्येक जो अंडे हो गये होने की "बॉलिंग प्राइवेट" से विद्युत सापान हो जिसका को चलती है, विद्युत इम (हालात) यिन प्रकार से यान्म स स्थिरता करते हैं।

1) यह कि यह स्वीकृत अन्तः न ही परिवार में वित्तिग राजाकाल विद्या और साक्षात् संस्कृत ये विद्यो अन्य रूपों से उक्त ऐंग्रेजोंमें से होते हैं, जैसे कि हमने "कौटीला फाटन्डेशन" से वित्तिग विद्या उक्त द्वारा ही साक्षय में "कौटीला फाटन्डेशन" द्वारा भर्त द्वारा किया जाता है तो साक्षात् विद्यो अन्योंकालान्तर ही बन्धुर नहीं किया जाता है तो साक्षात् विद्यो अन्य एवं साक्षात् साक्षय में विद्यो इन सामाजिक सेवों का अधिकार तुरन्त रखता है। इस पूर्ण वें सभा काम करता है कि अस्सलाल द्वितीय भर्त उक्त ऐंग्रेजोंमें ही कियो और साक्षात् संस्कृत ये विद्यो अन्य रूपों से ज्यादा उपयोगी।

2. "कोलिका पाटांडेश्वर" से भी नई रसनात्मक बैलून विधि प्रदूषित नहीं है। ऐसी पर इस्पाताल द्वारा यह गई सत्त्वता या विधि गये टपकाएँगिया का चुनब ऐसी एवं इस्पाताल के बीच या विषय है और "कोलिका पाटांडेश्वर" द्वारा किसी प्रकार का कोई दशावास नहीं है। इसीलिये इस्पाताल ये ऐसी को इसाव चुनब और भाने जाने की सही विधेश्वरी ऐसी एवं इस्पाताल की होती और "कोलिका" को छोटी खुमिया या विन्योगेश्वरी इह मापते में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Shubhankar Bagchi

Date of Surgery

Dr. AIC
MDBS, MS, PhD, DSc, FSNB
Reg. No. - 58668
[Name of Dr. & Regn. No. with Stamp]
[Stamp of Eye Foundation & Research Centre]

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION | कोशिका फाउंडेशन के लिए अन्तर्राष्ट्रीय उपयोग

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नवाजी इक्विप्यर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी इस्तेव्या 2

Siegwald

Eric