

ॐ
M M F
Mukul-Madhar Foundation
(Regd. under The Bombay Public Trusts Act, 1950)

दिनांक.....

प्रती,

मॅनेजिंग ट्स्टी,

मुकुल माधव फौंडेशन,

'हार्मनी', ५, आय.सी.एस. कॉलनी,

गणेशखिड रोड, पुणे ४११००७

फोन-०२०-२५५३४४१७, फॅक्स-०२०-२५५३४९७५

Photo
(not compulsory)

विषय : वैद्यकीय मदतीसाठी अर्ज

रुग्णाचे संपूर्ण नांव वय

अर्जदाराचे संपूर्ण नांव

अर्जदाराचे रुग्णाशी नाते

कायमचा पत्ता

(पत्रव्यवहारासाठी)

(पिनकोडसहित)

मोबाईल नं. फोन नं. (एस.टी.डी.कोडसहित)

आजाराची माहिती

हॉस्पिटलचे नांव शहर

ऑपरेशन करणाऱ्या डॉक्टरचे नांव

शस्त्रक्रियेचा अंदाजे खर्च

आपण स्वतःची किती रक्कम उभी करू शकता

हॉस्पिटल मार्फत मिळणारी सवलत

रुग्णाच्या आर्थिक परिस्थितीची माहिती

सही करणाऱ्याचे नांव सही

अर्जासोबत खालील कागदपत्रे जोडावीत: • हॉस्पिटलचे शस्त्रक्रियेच्या खर्चाचेपत्र (कोटेशन)
• तहशीलदार यांचे सहीचे उत्पन्नाचा दाखला • रेशन कार्ड

अर्जदारांस सूचना : वयोमर्यादा २५ वर्षांपर्यंत • मदतीची रक्कम हॉस्पिटलला चेकने देण्यात येईल.

भेटण्याची वेळ : सकाळी १० ते सायंकाळी ५ पर्यंत (रविवार खेरीज)

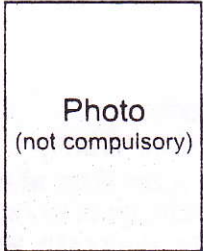
(This form to be filled by Patient's relative)

ॐ
M M F
Mukul-Madhav Foundation
(Regd. under The Bombay Public Trusts Act, 1950)

Date :

To,

The Managing Trustee
Mukul Madhav Foundation
"Harmony", 5, ICS Colony
Ganeshkhind Road, Pune-411 007
Tel.: 020-25534417, Fax: 020-25534975



Subject : **Request for Medical Assistance**

Name of Patient Age

Name of Applicant

Relationship with Patient

Permanent Postal Address

Mobile No. Landline with STD code:

Suffering from

Name of Hospital City

Name of the Doctor

Approximate expenses for treatment/Surgery

Amount collected by Patient

Concession given by Hospital

Family Background

Name of the Signatory Signature

Required documents : ♦ Estimated cost of the treatment / Surgery as certified by the Hospital
♦ Ration Card Copy ♦ Income proof

Note : ♦ Age limit upto 25 years ♦ Trust will issue the cheque in the name of Hospital
♦ **Visiting hours** : 10 a.m. To 5 p.m. (Sunday off)

(This form to be filled by Patient's relative)