

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED हो गई सहायता राशि
1	MILL	

DECLARATION by APPLICANT: **अवेक हाव घोषणा वतः**
 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 declare that the amount received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance is granted.

- AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकृत)

1) इस प्रश्न का अर्थ इसका यह अर्थ हो जाय सहायक, ये (अपेक्षक) अपनी भाषा की प्रतिस्थापन के रूप में "कोशिका" का उपयोग और "कोशिका" को अपेक्षित करता है कि वे प्रत्यक्ष रूप से प्रमाणित करने के लिए अपेक्षित हैं। ये प्रश्न का अर्थ इस प्रकार है, यदि "कोशिका" एक नया, एक, या एक ही दूसरे रूप में प्रतीति प्रमाणित और प्रमाणित के लिए किसी भी प्रकार प्रमाणित करने के लिए अपेक्षित है। ये प्रश्न का अर्थ इस प्रकार है, यदि वे प्रमाणित करने के लिए अपेक्षित हैं, तो वे प्रमाणित करने के लिए अपेक्षित हैं।



L.T. Agung Meena

AGREEMENT by HOSPITAL (TAMBAH KIRI BUKU)

[illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृतो के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
०१/१०/२१

Dr. NUPUR GUPTA
MS (OPHTHAL)

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
 Dr. [Signature] Regn. No. [Number]

CHARAN MASSEY

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
Dr. Shroffs on behalf of Hospital
समूह में पद सम्पन्न गोपनीय अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक व्ययों से

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्यधर ।

Erfaugl

SIGNATURE of TRUSTEE 2

व्यासो हस्तधर २

Herb