

DECLARATION by APPLICANT: **उम्मेदवार का कथन है:** _____
 I hereby declare that the above information is true and correct to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, null and void.

- AGREEMENT by APPLICANT (उम्मीदवार की स्वीकृति)

AGREEMENT by APPLICANT (अर्जतक इति मति)

- कारिका एवम् गणित-शास्त्रे का निम्न स्थाने ज्ञात चम्पकान्त शम्भु

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आदेश से इस्तीफा या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा स्वीकृत)

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

- (Hospital) hereby affirm & accept following:

हमारी क्षमता, हमारा ही भी यहाँ से सम्पर्क है जो "अविनाश कलह" से मिली सम्पत्ति है जो खोती है, जिसे हम (हम) भी प्रकाश से मध्य व सौजन्य करते हैं।

- हमारे लक्षिकृत, हस्ताक्षरी को यहाँ से सम्पर्क/संपर्क को "अंतरिक्ष पर्यटन" से विभिन्न सम्बन्ध हेतु जानकारी को जारी है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

19/12/24

Dr. Shibashis Das

M.B.B.S M.S

Gold Medalist

(Name of Dr. & Sign. Must With Stamp)

हमारे का नाम व हमारा व रीति न

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

यस न पर हस्तगत अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तीक टस्फेन हेव

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासो ब्रह्मणः ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

पृष्ठ संख्या 2

Safeway

2020