

## बोन एण्ड जॉइन्ट मल्टीस्पेशलिटी हॉस्पिटल, भीलवाड़ा

### घोषणा-पत्र (प्रपत्र-क)

मैं.....(मरीज/परिजन का नाम) यह घोषणा करता हूं/करती हूं कि मैं/मरीज मुख्यमंत्री आयुष्मान आरोग्य याजेना में पात्र परिवार का सदस्य नहीं हूं/है! मैंने अस्पताल प्रशासन को इसकी जानकारी उपलब्ध करवा दी है ! मैं भविष्य में योजनान्तर्गत लाभ नहीं दिये जाने के लिए परिवाद प्रस्तुत नहीं करूंगा / करूंगी !

मरीज का नाम :.....

..... मरीज/ मरीज के परिजन का नाम :.....

..... मरीज/ मरीज के परिजन का हस्ताक्षर :.....

..... मोबाइल नम्बर :.....

दिनांक :..... स्थान :.....

.....