



Dr. Shivani Bhatt
Charitable foundation
We're Living For Dreams...

ડૉ. શિવાની ભટ્ટ ચેરીટેબલ ફાઉન્ડેશન

નંબર : _____

ઓક્સિજન કોન્સેન્ટ્રેટર સંચિત પત્ર

તા. / / ૨૦૨

૧ દર્દીનું નામ _____

૨ કાયમી સરનામું _____

મોબાઇલ નંબર _____

૩ ડોક્ટરનું નામ _____

૪ મશીન લઈ જનાર વ્યક્તિનું નામ _____

દર્દી સાથેનો સંબંધ _____

સરનામું _____

મોબાઇલ નંબર _____

૫ બાંહેધરી આપનાર વ્યક્તિનું નામ _____

સરનામું _____

મોબાઇલ નંબર _____

મશીન લઈ ગયા તારીખ :	મશીન પરત કરવાની/કર્ચા તારીખ :
----------------------------	--------------------------------------

નિયમો તથા સૂચના

- દર્દીનું આધાર કાર્ડ લાવવું ફરજિયાત છે.
- ડોક્ટરનો ભલામણ પત્ર
- ૧૦ દિવસથી વધારે મશીન ઉપયોગમાં લઈ શકાશે નહીં.
- કોવિડ/નોન-કોવિડ કોઈ પણ વ્યક્તિ માટે મશીન ઉપલબ્ધ છે.
- રૂ. ૫૦૦૦/- રીફંડેબલ ડીપોઝીટ આપવાની રહેશે.
- ચેક (બેન્ક) ટ્રસ્ટના નામનો આપવાનો રહેશે.
- આ મશીનના ઉપયોગ માટે કોઈપણ ચાર્જ લેવામાં નહીં આવે.
- મશીન લાવવા-લઈ જવાની જવાબદારી દર્દીની/સગાની રહેશે.
- મશીનમાં કોઈ પણ પ્રકારની નુકશાનીની જવાબદારી મશીન લઈ જનારની રહેશે.
- આ મશીન ફક્ત આણંદ નગરપાલિકાની હદમાં રહેનારને જ મળશે.

મશીન આપનારની સહી _____

મશીન લઈ જનારની સહી _____

મોબાઇલ નં. _____

મોબાઇલ નં. _____

મશીન પરત લેનારની સહી _____

મશીન પરત આપનારની સહી _____

મોબાઇલ નં. _____

મોબાઇલ નં. _____

મશીન મેળવવાનું સ્થળ : ગરિમા હોસ્પિટલ, ડૉ. ગિરીશ શ્રીવાસ્તવ, નયા પડકારના ખાંચામાં, આણંદ.

સંપર્ક કરો : +૯૧ ૯૮૨૫૦૨૫૫૦૬