

मिति:.....

श्रीमान् प्रमुखकार्यकारी अधिकृतज्यू,
चन्द्रागिरि बचत तथा ऋण सहकारी संस्था लि.
चन्द्रागिरि -७, थानकोट महादेवस्थान, काठमाण्डौं

विषय: एम्बुलेन्स शुल्क सोधभर्ना सम्बन्धमा ।

मैले मिति गते अस्पताल जाने प्रयोजनको लागि एम्बुलेन्स उपयोग गरेको हुँदा म यस संस्थाको सदस्य/असक्त/असहाय/अपाङ्ग/कमजोर आर्थिक अवस्था भएको कारण मैले भुक्तानी गरेको एम्बुलेन्स शुल्क संस्थाको नियमानुसार सोध भर्ना उपलब्ध गराई दिनको लागि अनुरोध छ ।

संलग्न कागजात:

- १) एम्बुलेन्स शुल्क भुक्तानी बिल
- २) अस्पतालको टिकट/डिस्चार्ज बिल
- ३)

निवेदक

सही:

नाम :.....

ठेगाना :.....

सदस्य नं.

सिफारिस गर्ने सदस्य

श्री

असक्त/असहाय/अपाङ्ग कमजोर

आर्थिक अवस्था भएको प्रमाणित गर्दछु ।

सही

सदस्य नं.

नाम :

.....
तयार पार्ने

.....
पेश गर्ने

.....
सदर गर्ने