

मिति: २०८ / /

बिषय :बिल प्रतिलिपि (Duplicate Copy) पाउ ।

श्री बकुलहर रत्ननगर अस्पताल
रत्ननगर, चितवन ।

महोदय,

उपरोक्त विषयमा, यस अस्पतालमा उपचार गराइएको निम्न बिरामीको उपचार क्रममा जारी भएका टिकट/बिलको सक्कल प्रति हराएकोले, आधिकारिक प्रयोजनका लागि विवरणमा उल्लेखित बिरामीको बिलको प्रतिलिपि उपलब्ध गराई सहयोग गरिदिनुहुन हार्दिक अनुरोध गर्दछु ।

पुनः प्रिन्ट गर्नु पर्ने कारण (उपयुक्त विकल्पमा ✓ लगाउनुहोस्):

- () सक्कल बिल हराएको हुनाले (Original copy lost)
() अन्य:

सम्बन्धित शाखा (✓ लगाउनुहोस्):

- [] Pharmacy (फार्मेसी)
[] Ticket Counter (टिकट)
[] Bill Counter (बिलिङ)

बिरामीको विवरण:

नाम/थर:

उपचार मिति:

बिल नम्बर (थाहा भएमा):

निवेदकको विवरण:

नाम/थर:

बिरामीसँगको नाता:

सम्पर्क नं.:

अस्पतालको प्रयोगका लागि मात्र (For Department Use)

प्रतिलिपि जारी गर्ने कर्मचारीको विवरण:

- नाम:
- हस्ताक्षर:
- मिति:
- कैफियत: