

गाँधी आई हॉस्पिटल ट्रस्ट, अलीगढ़

“नेत्र ज्योति योजना” रोगी विवरण आवेदन पत्र (केवल मोतियाबिन्द शल्य चिकित्सा हेतु)

1. रोगी का नाम
2. पिता / पति का नाम
3. उम्र
4. पता
-
5. सस्तुंतकर्ता 'नेत्र मित्र' का नाम
6. 'नेत्र मित्र' परिवार सदस्यता का क्रमांक

दिनांक

(‘नेत्र मित्र’ सदस्य के हस्ताक्षर)