



स्टेट हेल्थ सर्वोरेन्स एजेन्सी
स्वास्थ्य भवन, तिलक मार्ग सी-स्कीम, जयपुर

भामाराह स्वास्थ्य बीमा योजना के अन्तर्गत रोगी के डिस्चार्ज के समय लिया जाने वाला

संतुष्टि प्रपत्र

रोगी का नाम

रोगी का पूर्ण पता

मोबाईल नं.

रेशन कार्ड का नम्बर

मैंने भामाराह स्वास्थ्य बीमा योजना के अन्तर्गत मेरा इलाज कराया है एवं इलाज के दौरान अस्पताल द्वारा मुझ से किसी भी प्रकार का शुल्क नहीं लिया गया है मेरा इलाज नि:शुल्क हुआ है। मैं अस्पताल में किये गये इलाज से संतुष्ट/असंतुष्ट हूँ।

नोट :- यदि असंतुष्ट हो तो कारण लिखें।

.....
.....
.....
.....

रोगी के हस्ताक्षर या अंगूठे
का निशान