

-सहमती पत्र-

दिनांक

मैं/हमपुत्रअपने.....नाम

पुत्र उम्रजो की ग्रामपोस्टवार्ड क्र.....

जिलाका निवासी है जो की पिछलेसे.....एवं अन्य मादक पदार्थ का आदी (लती) हो चुका है ।

जिसे हम **प्रयास नशा मुक्ति एवं मनोचिकित्सा केंद्र**, कोलर रोड भोपाल में नशा मुक्ति एवं मनोचिकित्सा हेतु भर्ती करा कर इलाज करना चाहते हैं, जिसके लिए हमें स्थान.....से केंद्र भोपाल, मरीज को टेक्सी (प्राइवेट वाहन)से ले जाने की व्यवस्था केंद्र की मदद से की है । सफ़र में होने वाले हर तरह के खतरों से हम वाकिफ हैं, तथा जैसे-मरीज के भाग जाने या अन्य किसी भी प्रकार के नुकसान या खुद की जान को जोखिम में डालना या अन्य किसी को क्षति पहुंचना या भागने की कोशिश के दौरान होने वाली किसी भी दुर्घटना के लिए हम स्वयं जिम्मेदार होंगे ।

अतः मान्यवर से निवेदन है कि मरीज को केंद्र तक ले जाने में हमारा सहयोग करे ताकि समय पर मरीज को भर्ती कर चिकित्सा प्रक्रिया प्रारम्भ की जा सके ।इस समस्त प्रक्रिया में केंद्र को हमारा पूर्ण सहयोग रहेगा ।

हस्ताक्षर-परिजन

हस्ताक्षर - गवाह

नाम.....

नाम.....

प्रतिलिपि :-

सम्बंधित थाना प्रभारी

थाना

थाना प्रभारी नाम

हस्ताक्षर.....

मोबाइल नम्बर.....

सील

