



PATIENT BENEVOLENT SOCIETY

Shaikh Zayed Medical Complex, Lahore



درخواست مالی معاونت برائے علاج

نام مریض _____ ڈیپارٹمنٹ _____
مرض (بیماری) _____ شناختی کارڈ نمبر _____

میں حلفیہ بیان کرتا کرتی ہوں کہ _____

دستخط نمائندہ PBS _____
فون نمبر _____

دستخط مریض _____
فون نمبر _____