

SHARDA WELLNESS

(SHARDA AROGYA DHAM)

Conducted By: Smt. Shardaben Mansukhlal Kamdar Charity Foundation, Mumbai

Your Service - Our Duty

(Public Charity Trust Registration Number: E - 13942)

Your Smile - Our regards

ADMINISTRATIVE OFFICE : Lila Vila, Plot No. 139, Indula D. Bhuva Marg, Opp. NKES School, Wadala (W), Mumbai - 400 031.

Phone: (022) 2416 1470 / 24148632 / 2416 6111 • E-mail: shardawellness@gmail.com • Website: www.shardawellness.com

SHARDA WELLNESS PANCHGANI : 23-A, Audambar Savli Complex, Near Summer Plaza, Khingar Road, Panchgani - 412 805, Dist. Satara, Maharashtra State.

Phone: 02168-241941 / 02168-241940

Date:

Name of Applicant:

Phone Nos.: (Resi.) (O) (M)

Email:

Residential Contact Address:

1BHK: / 2BHK: / 1RH: / 1R: Total Rooms Block No. No. of days:

Check-in date 12.30 pm to Check-out date 9.30 am

While staying at above Arogya Dham in case any emergency arises please contact as under:

Name & Address: Relation: Phone:

Please make cheque payment in the name of Smt. Shardaben Mansukhlal Kamdar Charity Foundation

Name of the Persons	Age	Relationship	Remarks
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____
7. _____	_____	_____	_____

Request to Trust by Applicant

Respected Trustees,

As we have been advised by our doctor for rest/change of air, we have filled out the above application form to visit your Arogya Dham. All the details filled out by me in this application form are true. I and all the persons accompanying me have read all the rules and regulations of the Trust and all of us will strictly adhere and follow the same. Kindly approve my above application and intimate the same to me at your earliest.

Place:

Date:

Signature of Applicant:

MEDICAL DECLARATION

I hereby certify that it would be beneficial for Mr./Mrs. to stay at your Arogya Dham for rest for a few days. Further, I also certify that the above patient is not suffering from any contagious or infectious disease.

Place:

Date:

Doctor's Signature:

Regn. No.:

NAME & ADDRESS OF DOCTOR / PHYSICIAN (SEAL / STAMP)

શ્રદ્ધા
માનવતા

શારદા વેલનેસ

(શારદા આરોગ્ય ધામ)

કર્તવ્ય
અખંડતા

સંચાલિત: શ્રીમતી શારદાબેન મનસુખલાલ કામદાર ચેરીટી ફોઉન્ડેશન - મુંબઈ

Your Service - Our Duty

(પબ્લીક ચેરીટી ટ્રસ્ટ રજીષ્ટ્રેશન નંબર : E - ૧૩૯૪૨)

Your Smile - Our regards

કાર્યાલય : લીલા વિલા, પ્લોટ નંબર : ૧૩૯, ઈન્દુલાલ ભૂવા માર્ગ, નેશનલ કન્વેન્શન એજ્યુકેશન સ્કુલની સામે, વડાલા(વે),
મુંબઈ - ૪૦૦૦૩૧. ટેલીફોન : (૦૨૨) ૨૪૧૬૧૪૭૦-૨૪૧૪૮૬૩૨-૨૪૧૬૬૧૧૧

આરોગ્યધામ : ૨૩-એ, ઔદુંબર સાવલી કોમ્પ્લેક્સ, સમર પ્લાઝાની બાજુમાં, ખિંગર રોડ, પંચગણી - ૪૧૨૮૦૫,
જીલ્લો: સાતારા, મહારાષ્ટ્ર.

ટેલીફોન : (૦૨૨૬૮) ૨૪૧૯૪૧-૨૪૧૯૪૦ • E-mail: shardawellness@gmail.com • Website: www.shardawellness.com

તારીખ:

અરજદારનું સંપૂર્ણ નામ:

ટેલીફોન સંપર્ક : (ઘર) (ઓફીસ) (મોબાઇલ)

ઈ-મેલ :

સંપર્ક સ્થળ/ રહેઠાણ :

1BHK: / 2BHK: / 1RH: / 1R: Total Rooms Block No. No. of days:

Check-in date 12.30 pm to Check-out date 9.30 am

આરોગ્ય ધામમાં રહેઠાણ દરમિયાન કોઈપણ જરૂરીયાતની તાત્કાલીક ઈમર્જન્સીની સુવિધા પ્રાપ્તિ મેળવવા બાબતે જાણકારી.

વ્યક્તિનું નામ અને પતો : સંબંધ : ટેલીફોન :

Please make cheque payment in the name of Smt. Shardaben Mansukhlal Kamdar Charity Foundation

વ્યક્તિઓના નામ	ઉંમર	અરજદાર સાથેનો સંબંધ	વ્યવસાય/અન્ય વિગત
૧. _____	_____	_____	_____
૨. _____	_____	_____	_____
૩. _____	_____	_____	_____
૪. _____	_____	_____	_____
૫. _____	_____	_____	_____
૬. _____	_____	_____	_____
૭. _____	_____	_____	_____

અરજદાર તરફથી અરજી પત્ર

માનનીય ટ્રસ્ટી સાહેબ,

સવિનય નમ્ર વિનંતી કે આપના આરોગ્ય ધામમાં મને હવાફેર/આરામ કરવા માટે જગ્યાની જરૂર હોવાથી ઉપર જણાવ્યા પ્રમાણે વિગતસર અરજી કરું છું. તેના ઉપર ધ્યાન આપવા કૃપા કરશોજી. આ અરજીમાં જણાવેલ સર્વે વિગતો સાચી છે. હું અને મારી સાથે આરોગ્ય ધામમાં લાભ લેનાર દરેક વ્યક્તિઓએ ટ્રસ્ટના સર્વે નિયમો વાંચ્યા છે અને તે પ્રમાણે વર્તવાને તથા પાલન કરવા બંધાયેલા છીએ. મારી ઉપરોક્ત અરજી મંજૂર અગર અમાન્ય થયા બાબતે જાણ કરવા નમ્ર વિનંતી.

સ્થળ :

તારીખ :

અરજદાર ની સહી :

MEDICAL DECLARATION

I hereby Certify that it would be beneficial for Mr./Mrs. to stay at your Arogya Dham for rest for a few days. Further, I also certify that the above patient is not suffering from any contagious or infectious disease.

Place:

Date:

Doctor's Signature:

Regn. No.:

NAME & ADDRESS OF DOCTOR / PHYSICIAN (SEAL / STAMP)