



स्टेट हैल्थ एश्योरेन्स एजेन्सी
स्वास्थ्य भवन, तिलक मार्ग सी-स्कीम, जयपुर

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

संतुष्टि प्रपत्र

रोगी का नाम

रोगी का पूर्ण पता

मोबाईल न.

राशन कार्ड का नम्बर

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

नोट :- यदि असंतुष्ट हो तो कारण लिखे।

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

रोगी के हस्ताक्षर या अंगूठे
का निशान