

ICAR- INDIAN INSTITUTE OF SEED SCIENCE, MAU

EMERGENCY CERTIFICATE FOT OUTDOOR EMERGENCY TREATMENT

I certify that the patient Shri/Mr/Miss
has been given emergency treatment at the
(Name of the clinic/ nursing home/hospital) for
(disease) and that the medicines / treatment / facilities provided to him /her were essentialfor immediate
recovery / prevention of serious deterioration in the condition of the patient for this emergency
treatment a fee of Rs. has been charged from him /
her vide bill(s) / cash Memo No.....date.....and he/she
has incurred an expenditure of Rs.....on essential
medicines immediately required for emergency treatment and purchased by him/ her from the market
vide bill(s) / cash memo no. Dated

**Signature of the Practitioner / Medical Officer /In-charge
of the hospital / Nursing home /Clinic / Medical
Superintendent**

**Counter signed by (Name)(Authorized
Medical Attendant)**

भा.कू.अनु.प.-भारतीय बीज विज्ञान संस्थान ,मऊ

आपातकालीन प्रमाण पत्र फोटो घर के बाहर आपातकालीन इलाज

मैं प्रमाणित करता हूँ कि रोगी श्री/श्रीमती/कु. को
.....बीमारी के लिए आपातकालीन
उपचार(क्लिनिक/नर्सिंग होम/अस्पताल का नाम)में
दिया गया है और रोगी की स्थिति में गंभीर गिरावट की रोकथाम के लिए उसे प्रदान की जाने वाली दवाये/उपचार/
सुविधाएं तत्काल ठीक करने के लिए आवश्यक थी। इस आपातकालीन उपचार के लिए उससे / उसके बिल (बिलों)/ कैश
मेमो सं. दिनांक.....के माध्यम से
रु. का शुल्क लिया गया है और उसने आवश्यकता पर आपातकालीन उपचार के
लिए तत्काल आवश्यक दवाएं बाज़ार से बिल/ कैश मेमो सं
दिनांक के माध्यम से खरीदी गयी हैं। और उनके द्वारा
रु..... का व्यय किया गया है।

चिकित्सक/चिकित्सा अधिकारी/अस्पताल के प्रभारी/
नर्सिंग होम/क्लिनिक/चिकित्सा अधीक्षक के हस्ताक्षर

(नाम) (अधिकृत चिकित्सा परिचारक) द्वारा
हस्ताक्षरित प्रतिवाद