

વ્રજ



51, Manor Road, Schuylkill Haven, PA 17972
Phone : 570-754-7067 Fax : 570-754-3161
Email : contact@vraaj.org www.vraaj.org



॥અધિક માસ (વ્રજ) :: જુન ૧૩-જુલાઈ ૧૮, ૨૦૧૫ :: વ્રજનિવાસ વિનંતી પત્ર ॥

આ ચાર્જ અધિક માસ દરમ્યાન માત્ર વ્રજમાં રહેવા-જમવાની સગવડ માટે છે.

(જુન ૧૩ - જુલાઈ ૧૮) માટે (વ્યક્તિ દીઠ \$ ૫૫૧)

બે સપ્તાહ માટે (શનિ રાત્રી-થી-શનિ સવાર) (વ્યક્તિ દીઠ \$ ૩૫૧)

એક સપ્તાહ માટે (શનિ રાત્રી-થી-શનિ સવાર) (વ્યક્તિ દીઠ \$ ૨૫૧)

કુલ રકમ _____

બે સપ્તાહ અથવા એક સપ્તાહ માટે --- તારીખ _____ થી તારીખ _____

Non-Refundable Charge.

Please make check payable to VRAJ or PMVS.

નામ (૧) _____ ઉંમર _____ વર્ષ

નામ (૨) _____ ઉંમર _____ વર્ષ

એડ્રેસ _____

શહેર _____ રાજ્ય _____ ઝીપ _____

ઘર ફોન _____ સેલ ફોન _____

ઈમેઈલ _____

ઈમરજન્સી સંપર્ક :

નામ _____ સંબંધ _____

ઘર ફોન _____ સેલ ફોન _____

પોતાની સંભાળ પોતે જાતે ન લઈ શકે એ વ્યક્તિએ આ વિનંતીપત્ર ભરવું નહીં.

કોઈપણ પ્રકારના અકસ્માત-ઈજા માટે વ્રજ-વ્રજ સંચાલકો-સ્વયંસેવકોને જવાબદાર ઠેરવાશે નહીં.

વ્રજ-વ્રજ સંચાલકો-સ્વયંસેવકો કોઈપણ પ્રકારના મેડીકલ ખર્ચ માટે જવાબદાર રહેશે નહીં

પોતાના સ્વાસ્થ્ય, દવાઓ અને સામાનની સંપૂર્ણ જવાબદારી વ્યક્તિની પોતાની રહેશે.

વ્રજ ખાતે ડોક્ટર કે કોઈપણ પ્રકારની મેડીકલ સારવારની સગવડ નથી.

આ ફોર્મની પાછળ આપેલ મેડીકલ ફોર્મ આપના ડોક્ટર પાસે ભરાવીને આપવું. એના વિના આ ફોર્મ સ્વીકારવામાં નહીં આવે.

પૂરા પાંચ સપ્તાહ (જુન ૧૩ - જુલાઈ ૧૮) માટે રહેનાર વૈષ્ણવને પ્રથમ તક મળશે.

શુક્રવાર જુન ૧૨ની સાજે આવી શકાશે. શનિવાર જુલાઈ ૧૮ સવારે ૧૦ વાગે રુમ ખાલી કરવાનો રહેશે.

રુમની સાર્દઝ-સગવડ મુજબ એક રુમમાં ચાર-થી-છ વ્યક્તિની ગોઠવણ થશે.

વ્યક્તિદીઠ ચાર્જમાં રહેવાની સગવડ, સવારે ચા-કોફી-નાસ્તો, બપોર-જમણ, બપોરે ચા-કોફી તથા રાત્રી-જમણ મળશે.

વ્રજ ઓફિસ માટે

ચાર્જ કાર્ડ - કેશ - ચેક નંબર _____ પાવતી નં. _____ તારીખ _____

વ્રજ અધિક માસ નિવાસ મેડીકલ ફોર્મ

(આ ફોર્મ આપના ડોક્ટર પાસે ભરાવીને વ્રજનિવાસ વિનંતી પત્ર સાથે જરૂરથી આપવું.)

TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN

Name (1) _____ D-O-B _____

Diagnosis _____

Medication/S _____

Length of Time & Frequency _____

Does the person needs to carry any emergency medicine? YES/NO If YES, Please give details ...

Are there any restrictions? YES/NO If YES, Please give details (What & for How long)...

Additional Notes: _____

Name (2) _____ D-O-B _____

Diagnosis _____

Medication/S _____

Length of Time & Frequency _____

Does the person needs to carry any emergency medicine? YES/NO If YES, Please give details ...

Are there any restrictions? YES/NO If YES, Please give details (What & for How long)...

Additional Notes: _____

I understand that Vraj is located in rural area of Pennsylvania and there is no medically trained person available at Vraj during Adhik Maas (June 12 - July 18, 2015).

I certify that the above-mentioned Person (1) and Person (2) are medically stable, self-dependent and physically capable of taking care of themselves.

Physician Name _____

Physician Signature _____

Date _____

Physician Emergency Contact Number _____

OFFICE STAMP