



TRUST CARE MEDICAL FOUNDATION

C/O-Ram Eshwar Singh, Bishunpur Chak Lal Urf Baranti
PANCH- Andharwar Bidupur (R.S.)Hajipur Vaishali, Bihar- 844502
MOB: 9507773364 Email:Trustcaremedicalfoundation@gmail.com

DONOR DECLARATION FORM

मैं, _____ (Donor Name),

पता _____

PAN No. _____

घोषणा करता/करती हूँ कि मैंने _____

_____ Trust को _____

_____ (Amount) का दान स्वेच्छा से दिया है।

यह धनराशि वैध स्रोत से अर्जित है और किसी भी गैर-कानूनी गतिविधि से संबंधित नहीं है।

यह दान Trust के सामाजिक कार्यों के लिए दिया गया है।

Date: _____

Receipt Number: _____

Donor Name : _____

Aadhaar Number: _____

Amount : _____ • Words: _____

Payment Mode: (UPI/Bank/Cheque/Cash)

Place: _____

Donor Sign & Seal: _____

Mobile No.: _____

Witness Name: _____

Aadhaar Number: _____

Mobile No.: _____

DIRECTOR



BARANTI BIDUPUR R.S HAJIPUR
VAISHALI BIHAR 844502



+919507773364



Trustcaremedicalfoundation@gmail.com