

ग्राहक-सम्प्रतिपत्ति-पत्रम्

बीमाक्रमांक:

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

अनुरोधप्रकारा: _____

प्राप्तकर्ताया: नाम _____ प्राप्तिकाया: दिनांक: समयश्च _____

कर्मचारी-क्रमांक: _____ हस्ताक्षरम् _____

मैक्स-जीवन-सुरक्षा-संस्था-लिमिटेडऑपरेशन् सेन्टर्,90-ए,तृतीयतलम्, उद्योगविहार:,सेक्टर्-18,गुडगांव:(हरियाणा)122015