

AC
C

ACF 30 පෝරමය  
 ඉදිරි ප්‍රයෝජන සඳහා පිටපත් ලබා ගන්න.

**CANDLEAID LANKA PROJECT FOR CANCER PATIENTS**

පිළිකා රෝගීන්ට ආධාර සැපයීමේ ව්‍යාපෘතිය කැන්ඩල්ඒඩ් ලංකා

Name of the patient / රෝගියාගේ නම :  
 Name of the coordinator /සම්බන්ධීකාරකගේ නම :

දෙසැම්බර්, ජනවාරි, පෙබරවාරි, මාර්තු බිල්පත් - මාර්තු මස 15 වන දිනට පෙර ඉදිරිපත් කරන්න.  
 අප්‍රියෙල්, මැයි, ජූනි, ජූලි බිල්පත් - ජූලි මස 15 වන දිනට පෙර ඉදිරිපත් කරන්න.  
 අගෝස්තු, සැප්තැම්බර්, ඔක්තෝබර්, නොවැම්බර් බිල්පත් - නොවැම්බර් මස 15 වන දිනට පෙර ඉදිරිපත් කරන්න.

මෙම පෝරමය සමඟ මාස 4 ට අදාල බිල්පත්, ක්ලිනික් කාඩ්පතෙහි පිටපත නියමිත දිනට පෙර අප වෙත ලැබෙන්න සලස්වන්න.  
 අදාල බිල්පත් මෙම පෝරමය පිටුපස අලවන්න.

Month මාසය	Transport ගමන් වියදම්	Nourishments Medicine and Vitamins පෝෂණ ඖෂධ වටිනාකම රු.	Date of Donation ආධාර ලබා දුන් දිනය	Beneficiaries Initials ආධාර ලබන්නාගේ අත්සන
April .....				
May .....				
June .....				
July .....				

Received a sum of Rs.8000/= being donations for 4 months  
 මාස 4 ක ආධාර මුදල් වශයෙන් රු. 8000/= ක මුදලක් භාරගනිමි.

.....  
 Date  
 දිනය

.....  
 Signature of Ccoordinator  
 සම්බන්ධීකාරකගේ අත්සන