



JOSHI HOSPITAL Pvt. Ltd. & PHALTAN ROBOTICS CENTER

Dr. Prasad V. Joshi
M.S.DNB ORTHO
Reg. No. 7188

Dr. Prachi P. Joshi
M.B.B.S
Reg. No. 87754



PLOT NO. 85, BARAV BAUGH, LAXMINAGAR, PHALTAN, Dist. SATARA, PIN: 415523
PHONE : 02166 224013, 225082 | FAX : 02166 221300
E-MAIL : joshihospitalpvtld@gmail.com | dprasad@gmail.com | www.joshihospitalpvtld.com

Date : _____

मी,

असे लिहून देतो की,

जोशी हॉस्पिटल प्रा ली आयोजित केलेली

"आपली फलटण Marathon 2026" विषयी मला माध्यमातून माहिती मिळाल्यावरून त्यामध्ये मी आपणाहून पूर्ण पणे माझ्या इच्छेने व मर्जीने भाग घेत आहे. माझ्या सहभागासंदर्भात मी आवश्यक ती सर्व माहिती सर्वार्थाने माझ्या कुटुंबीयांना दिलेली आहे.

मी रजिस्ट्रेशन करताना दिलेली सर्व माहिती संपूर्ण पणे खरी व बिनचूक आहे. मला होत असलेला कोणताही शारीरिक त्रास, थकवा अथवा मला असलेले कोणतेही आजार मी लपवलेले नाहीत. मला माझी क्षमता माहिती आहे.

मी धावण्याच्या शर्यतीत भाग घेतला आहे. मॅरेथॉन मध्ये धावताना किंवा धावल्या नंतर कोणतेही आजार किंवा त्रास नसले तरीही शारीरिक इजा, त्रास, दुखणे किंवा जीवितास धोका उद्भवू शकतो याची मला पूर्णपणे जाणीव व कल्पना आहे. मॅरेथॉन मध्ये धावल्यामुळे मला, कोणताही शारीरिक त्रास अथवा व्याधी झाल्यास त्याची संपूर्ण जबाबदारी माझी माझ्यावर राहिल. त्याबद्दल मी किंवा माझे कुटुंबिय कधीही कोणत्याही प्रकारे आयोजक अथवा त्यांच्या टीम मॅम्बर्स ना कुठल्याही प्रकारे जबाबदार धरणार नाही.

त्याबद्दल माझी किंवा माझ्या कुटुंबीयांची कोणाबद्दलत कसलीही तक्रार केव्हाही असणार नाही .

मी या **" आपली फलटण Marathon 2026 "** मध्ये केवळ खेळचा आनंद घ्यायला आलो आहे.

माझ्या मुळे आणि मी प्रत्यक्ष धावताना कोणालाही, कसल्याही प्रकारे त्रास होणार नाही याची काळजी मी स्वतः व माझे कुटुंबीय घेईल.

हे वरील निवेदन मी स्वेच्छेने आपणाहून शारीरिक आणि मानसिक दृष्ट्या सक्षम असताना आयोजकांकडे करून देत आहे.

वरील सर्व अटी आणि शर्ती मी माझ्या स्वेच्छेने मान्य करत आहे.

फेर तपासणी :

Dr. Prasad V. Joshi

OPD DAYS : MON. / WED. / FRI. , OPD TIMING : 10:00 am To 4:00 pm.