[आपका पता, शहर, राज्य, ज़िप कोड]

प्रतिकृति ट्रांसमिटल

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| प्रति: | [नाम] | फ़ैक्स: | [फ़ैक्स नंबर] |
| द्वारा: | [आपका नाम] | दिनांक: | [दिनांक चयन करें] |
| प्रत्युत्तर: | [विषय] | पृष्ठ: | [पृष्ठों की संख्या] |
| प्रतिलिपि: | [नाम] |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| अत्यावश्यक | समीक्षा के लिए | कृपया टिप्पणी दें | कृपया प्रत्युत्तर दें | कृपया रीसायकल करें |

[यहाँ से पाठ प्रारंभ करें.]