

پنجاب ہیلتھ کیئر کمیشن

درخواست برائے رجسٹریشن



ج۔ ادارے کی نوعیت

ملکیت کی قسم (موزوں خانے پر نشان لگائیں)

دیگر		سرکاری
<input type="checkbox"/> رضا کار یا بغیر منافع کام کرنے والا ادارہ	<input type="checkbox"/> واحد ملکیت	ضلعی حکومت
<input type="checkbox"/> انجمن	<input type="checkbox"/> شراکت داری	صوبائی حکومت*
<input type="checkbox"/> لمیٹڈ کمپنی (پرائیویٹ)	<input type="checkbox"/> کارپوریشن	وفاقی حکومت
<input type="checkbox"/> لمیٹڈ کمپنی (پبلک)	<input type="checkbox"/> ٹرسٹ	خود مختار ادارہ

* صوبائی حکومت میں سوشل سیکیورٹی، محکمہ اوقاف اور محکمہ خاندانی منصوبہ بندی وغیرہ شامل ہیں۔

د۔ مرکز صحت کی قسم (متعلقہ خانے پر نشان لگائیں)

<input type="checkbox"/> 1. ہومیو پیتھک کلینک
<input type="checkbox"/> 2. مطب/دواخانہ
<input type="checkbox"/> 3. نرسنگ ہوم
<input type="checkbox"/> 4. میسرٹی ہوم
<input type="checkbox"/> 5. دیگر _____

اقرار نامہ

میں، زیر دستخطی حلفیہ بیان کرتا/کرتی ہوں اور اس بات کا اقرار کرتا/کرتی ہوں کہ مرکز صحت _____ میں اندرون خانہ سہولیات فراہم نہیں کی جاتیں اور یہ کہ میرے علم کے مطابق فراہم کردہ معلومات درست ہیں اور کوئی چیز پوشیدہ نہیں رکھی گئی۔ میں یہ بھی اقرار کرتا ہوں کہ اگر کمیشن کو کوئی معلومات جھوٹی یا غلط فراہم کی گئیں تو اس کے نتیجے میں رجسٹریشن کے لیے دی گئی میری درخواست مسترد ہو سکتی ہے اور میں کمیشن کو جرمانہ ادا کرنے کا پابند ہوں گا/گی۔

نام درخواست دہندہ:	دستخط:
عہدہ:	تاریخ:

