

කාර්යාලීය ප්‍රයෝජනය සඳහා	
අධ්‍යක්ෂ මණ්ඩල තීරණ අංකය හා දිනය	-
අලෙවි නියෝජිත අංකය	-
දිස්ත්‍රික්කය	-
නගරය	-
මුදල් ඇතදුම්/වෙත්පත් අංක	-
බැංකුව	-



ශ්‍රී ලංකා ආයුර්වේද ඖෂධ සංස්ථාවේ අලෙවි නියෝජිත / බෙදාහැරීමේ නියෝජිතයින්ගේ ලබාගැනීම සඳහා ඉල්ලුම් පත්‍රය

01. ඉල්ලුම්කරුගේ නම :
02. ලිපිනය :
03. ව්‍යාපාරික නාමය හා ව්‍යාපාරයක් ලෙස ලියාපදිංචි සහතිකය -
04. ව්‍යාපාරයේ ලිපිනය :
05. දුරකතන අංකය :
06. ව්‍යාපාරයේ ස්වභාවය :
07. කොටස්කරුවන් සිටිනම් :
08. අලෙවි නියෝජිතයින් ඉල්ලුම් කරනුයේ ස්ථානීය වෙළඳාම සඳහාද? / බෙදාහැරීම සඳහාද?
 - 8.1. ස්ථානීය වෙළඳාම නම් ව්‍යාපාරය පිහිටි දිස්ත්‍රික්කය නගරය
 - 8.2. බෙදාහැරීම සඳහා නම් බෙදාහැරීමට බලාපොරොත්තුවන පළාත / දිස්ත්‍රික්කය / ප්‍රදේශය
09. අදාළ කලාපය / දිස්ත්‍රික්කය තුළ ඖෂධ බෙදාහැරීම සඳහා ඔබ සතු බෙදාහැරීමේ පහසුකම් සඳහන් කරන්න. :-
11. මූල්‍යමය ස්ථාවරත්වය (බැංකු තොරතුරු සඳහන් කරන්න.) :-
12. දැනටමත් ආයුර්වේද ඖෂධ අලෙවි කරන්නේ නම් කුමන නිෂ්පාදනයන්ද යන්න සඳහන් කරන්න.
13. ශාඛා පහසුකම් පිළිබඳ තොරතුරු ඇත්නම් සඳහන් කරන්න :-

- 14. ඖෂධ මිලදී ගැනීමට බලාපොරොත්තු වනුයේ අත්පිට මුදලටද / ණයටද යන්න :-
- 15. මසකට මිලදී ගැනීමට බලාපොරොත්තු වන වටිනාකම :-
- 16. බැංකු ඇපකරයක් තබන්නේ නම් එහි වටිනාකම :-

ශ්‍රී ලංකා ආයුර්වේද ඖෂධ සංස්ථාව දක්වා ඇති හා යම් යම් අවස්ථාවලදී නිකුත් කරන කොන්දේසි හා නීතිරීති වලට එකඟව කටයුතු කරන බවටද, කොන්දේසි උල්ලංඝනය වුවහොත් අලෙවි නියෝජිත ධුරය අවලංගු කිරීමට සංස්ථාවට ඇති අයිතිය පිළිගන්නා බවට එකඟ වෙමි/වෙමු.

දිනය -
 ව්‍යාපාරයේ නිල මුද්‍රාව ඉල්ලුම්කරුගේ අත්සන

දිස්ත්‍රික්කය :- බල ප්‍රදේශය / නගරය :-

අංක දරණ අලෙවි නියෝජිත / බෙදාහැරීමේ නියෝජිතධුරය ලබාදීම සඳහා මූලික පහසුකම් සපුරා ඇත.

නියෝජිතධුරය ලබාදීමට නිර්දේශ කරමි / නොකරමි.

.....
 අලෙවි කළමනාකරු.

අලෙවි / බෙදාහැරීමේ නියෝජිතයෙකු වශයෙන් පත් කිරීමට අනුමත කරමි.

.....

සාමාන්‍යාධිකාරී.

.....
 සභාපති / කළමනාකාර අධ්‍යක්ෂ
 ශ්‍රී ලංකා ආයුර්වේද ඖෂධ සංස්ථාව.

ශ්‍රී ලංකා ආයුර්වේද ඖෂධ සංස්ථාව අලෙවි නියෝජිත / බෙදාහැරීමේ නියෝජිතධුරයක් ලබාගැනීම සඳහා ඇදගත යුතුය