

ফরম-২/৩

[বিধি ৪(১) দ্রষ্টব্য]

হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসক কর্তৃক ঔষধ ডাইল্যুশন এর জন্য রেজিস্ট্রারি স্পিরিট ব্যবহারের পারমিটের
আবেদনপত্র

বরাবর
উপপরিচালক
মাদকদ্রব্য নিয়ন্ত্রণ অধিদপ্তর

- ১। আবেদনকারীর নাম:
- ২। মাতার নাম (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে):
- ৩। পিতার নাম (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে):
- ৪। ঠিকানা: (ক) স্থায়ী: (খ) বর্তমান:
- ৫। প্রতিষ্ঠানের নাম ও ঠিকানা:
- ৬। হোমিওপ্যাথিক ঔষধ ডাইল্যুশন এর স্থান/ফার্মেসীর অবস্থান:
- ৭। প্রতিষ্ঠানের স্বত্বাধিকারীর জাতীয়তা..... জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর:.....
- ৮। প্রতিষ্ঠানের স্বত্বাধিকারীর শিক্ষাগত/পেশাগত যোগ্যতা (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে):
- ৯। প্রতিষ্ঠানের অফিসার/কর্মচারীদের বিবরণ(প্রযোজ্য ক্ষেত্রে):
- ১০। রেজিস্ট্রারি/তালিকাভুক্ত হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসকের নাম: রেজিস্ট্রেশন নম্বর:
- ১১। ট্রেড লাইসেন্স নং (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে):.....মেয়াদকাল:.....
- ১২। টিআইএন:
- ১৩। হোমিওপ্যাথিক ঔষধ ডাইল্যুশনে কি কি ব্যাক পোটেন্সী/মাদারটিংচার/কাঁচামাল/উপকরণ ব্যবহার করা হইবে উৎসসহ বিস্তারিত বর্ণনা:
- ১৪। জমির দলিল/ভবন, ইত্যাদির ভাড়ার চুক্তিপত্র:
- ১৫। হোমিওপ্যাথিক ঔষধ ডাইল্যুশনকারীর নাম, ঠিকানা, শিক্ষাগত ও পেশাগত যোগ্যতা এবং নিয়োগপত্র:
- ১৬। অন্যান্য তথ্য : যাহা আবেদনকারী তাহার আবেদনের যৌক্তিকতা প্রমাণের জন্য সরবরাহ করিতে পারেন।

এই আবেদনে প্রদত্ত সকল তথ্য ও দাখিলকৃত কাগজপত্রাদি আমার জানা মতে সত্য। কোনো তথ্য বা কাগজপত্র মিথ্যা বা জাল বা ভুয়া প্রমাণিত হইলে আমার আবেদন বাতিল বলিয়া গণ্য হইবে।

আবেদনকারীর স্বাক্ষর/টিপসহি
ও সিলমোহর

(এই আবেদনপত্র সংশ্লিষ্ট জেলা/মেট্রো/বিশেষ জোন কার্যালয়ে জমা প্রদান করিতে হইবে। আবেদনপত্রে পরিবেশিত তথ্যাবলির সত্যতার প্রমাণ হিসাবে উপযুক্ত কাগজপত্র সরবরাহ করিতে হইবে। আবেদনপত্রের সঙ্গে প্রয়োজনীয় সকল তথ্য এবং প্রামাণিক কাগজপত্র না থাকিলে আবেদনপত্র অসম্পূর্ণ বিবেচনায় বাতিলযোগ্য হইবে।)