ආ.වෛ.ස } VP
ஆ.வை.ச 13

ආයුර්වේද වෛද්‍ය සභාව
Í Áöî Îôê éôêêìá òéç

ආයුර්වේද වෛද්‍යවරුන්ගේ වාහන සඳහා ලාංඡන නිකුත් කිරීමේ ඉල්ලුම් පත්‍රය
ஆயுர்வேத வைத்தியர்களுக்கான வைத்திய அடையாளச் சின்னம் விநியோகித்தல்

(1961 අංක 31 දරණ ආයුර්වේද පනතේ 20.2 වගන්තියට අනුව)
(1961 ஆம் ஆண்டின் 19 இலக்க ஆயுர்வேதச் சட்டத்தின் 20.2 இன் பிரகாரம்)

1. වෛද්‍යවරයාගේ නම
é ôêêìáöä îçáö

2. ස්ථිර ලිපිනය
åìöåêö Ëæôöì

3. ලියාපදිංචි අංකය — සර්වාංග / சர்வாங்க: ______ විශේෂ / விசேட: ______
çêìôìùææë

4. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය
Îêòìá í é ì áèó í ì é ì ¹ù

5. වාහන අංකය
ôèæä ¹ùææë

6. දුරකතන අංකය
îêèéùÎçòì ¹ù

වාහන ලාංඡනය මහජනයා ගෙන යන පොදු වාහන සඳහා හෝ නීතී විරෝධී ක්‍රියාවක් සඳහා යොදා නොගන්නා බවත්, මාගේ අනන්‍යතාව තහවුරු කිරීම සඳහා පුද්ගලික වාහනයේ පමණක් යොදා ගන්නා බවත්, ඉහත තොරතුරු සත්‍ය බවත් තහවුරු කරමි. é ôêêìáöæóìä ôèæä í Äëêìççêêìöë îçèÊ ôèæäñæóì÷Îæè í ùùÊ òì ì ôìÎöèê îòá÷çèÌæóì÷Îæè çáäçÌêêëèìÎìä öäÔë, öäÊ í é ì áèóêéê ã×êì îòáôê÷ææè öäÊ êäìççìì ôèæäêêìù ëèêêìöë çáäçÌêÊÎôä öäÔë, Îë÷ Æ÷ìççìì ççìì ôìçöñæó áèÔë ã ú éë öäÔë ã×êìîòáæìÎ÷ä.

....
අත්සන / é æ î áèççë

....
දිනය / êìæêì

සැලකිය යුතුයි. æôäìææÔë

මෙම ලාංඡනයේ ගාස්තුව රු 3300/- කි. (ලියාපදිංචි තැපැල් ගාස්තුව සමග) æ ì ì ú ë ¶.3300/-

- ➢ වාහන බලපත්‍රයේ සහතික කරන ලද පිටපතක් ôèæä ôÕëèä ãêêöÔç çêêìöêêìä ã×êì îòáácçìì çìöêì.
- ➢ වලංගු රක්ෂණ ආවරණයේ සහතික කරන ලද පිටපතක් æèçÇ×êìç çêêìöêêìä ã×êì îòáácçìì çìöêì
- ➢ ජාතික හැඳුනුම්පතේ ජායා පිටපතක් Îêòìá í é ì áèó í ì é ì áìä çìöêì

ගාස්තුව වශයෙන් **"ලේඛකාධිකාරි ආයුර්වේද වෛද්‍ය සභාව "** නමින් ලබාගත් මුදල් ඇණවුමක් **ලේඛකාධිකාරී, ආයුර්වේද වෛද්‍ය සභාව, පරණ කොට්ටාව පාර, නාවින්න, මහරගම** ලිපිනයට එවීමට කටයුතු කරන්න. මුදල් ඇණවුම් මාරුකරන ස්ථානය **" මහරගම"** ලෙස සඳහන් කළ යුතුය. අවශ්‍ය නම් මෙම මුදල් ආයුර්වේද වෛද්‍ය සභා කාර්යාලයට පැමිණ, මුදලින් ද ගෙවිය හැකිය. கட்டணமாக “**பதிவாளர், ஆயுர்வேத வைத்திய சபை** “, என்ற பெயரிற்கு, “**மகரகம**” தபால் அலுவலகத்தில் மாற்றக் கூடியதாக காசுக் கட்டளையை பெற்று, பதிவாளர், ஆயுர்வேத வைத்திய சபை, நாவின்ன, மகரகம எனும் முகவரிக்கு அனுப்பி வைக்கவும்.

මෙම ගෙවීම ලංකා බැංකුවේ (BOC) ඕනෑම ශාඛාවකින් **මහරගම ලංකා බැංකුවේ ගිණුම් අංක 608003** දරන ආයුර්වේද වෛද්‍ය සභාව නමින් ඇති ගිණුමට බැරවන පරිදි ගෙවිය හැකිය. කරුණාකර අයැදුම්කරුගේ **ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය, මුලකුරු සමඟ නම සහ දුරකතන අංකය** බැංකු ලදුපතේ සටහන් කර මෙම ආකෘතිය සමග එවිය යුතුය.

කාර්යාලීය ප්‍රයෝජනය සඳහා පමණි

ලේඛන ගත අංකය :- ....
වලංගු කාලය : ....**සිට**
....**දක්වා**

නිර්දේශය	**ප්‍ර.කළ.සහකාර**	
අනුමැතිය	**ලේඛකාධිකාරී**	