

වකුගඩු බද්ධකිරීමේ සහයෝගතා පදනම

789/1, සපුමල් පෙදෙස, පැලවත්ත, බත්තරමුල්ල. දුර. අංක: +94 (0) 11 2877886 / 0722247236

මෙම ලිපිනය තැපැල් කටයුතු සඳහා පමණක් භාවිතා වන බැවින්, සියළු විමසීම් දුරකථනයෙන් පමණක් සිදු කරණ බව කාරණිකව දන්වා සිටිමු.

ඉන්දියන් දන්දීම සඳහා ලියාපදිංචි කිරීමේ පෝරමය

වයස 60ට අඩු විය යුතුය .

වයස අවුරුදු 60ට වැඩි පුද්ගලයින් 0112- 696109 / 2692051 / 2698040 අමතන්න.

ලියාපදිංචි කිරීමේ අංකය :

1. දායකයාගේ සම්පූර්ණ නම : නැ. අංකය :

2. ලිපිනය :
 දුර. අංකය :

3. රැකියාව :

4. වයස : වචනක ඔව්/නැතැ. වචනකනම්, දරුවන් කී දෙනෙකු සිටිද?

5. බිරිඳ / සැමියාගේ නම හෝ ලඟම සැතියෙකුගේ නම :

6. ලිපිනය :
 දුර. අංකය :

7. ලේ වර්ගය : එව් එල් ඒ වර්ගය :(මෙය දායකයාට අනවශ්‍යය)
 ඒ : බ් : ඩ් ආර් :

8. සායනික ඉතිහාසය : පහත සඳහන් රෝග ඔබට පිටිතයේ කවදා හෝ වැලඳී තිබේද?
- අ). වකුගඩු රෝග ?
 - ආ). දියවැඩියාව ? : ඔව්/නැත. ඔව් නම්, බෙහෙත් වර්ගයන්
 - ඇ). අධික රුධිර පීඩනය ? : ඔව්/නැත. ඔව් නම්, බෙහෙත් වර්ගයන්
 - ඈ). කුමන හෝ හෙපටයිටිස් රෝගයක් වැළඳී තිබේ ද? එසේ නම් කුමන වර්ගයද?
 - ඉ). හෘද රෝග ?
 - ඊ). කිසියම් මානසික රෝගී තත්වයක් ඇතිවී ඇත්ද?
 - උ). වෙනත් රෝග ?

ඔබ කුමන හෝ බෙහෙත් වර්ගයක් භාවිතා කරන්නේද ? එසේ නම්, කරුණාකර බෙහෙත් වර්ග හා කුමක් සඳහා විය භාවිතා කරන්නේද / කළේදැයි පැහැදිලි කරන්න.

.....

තිරවුල් මහසකින් යුක්තවූ වන මම, මාගේ ප්‍රාණික වකුගඩුවක් හෝ අක්මාවෙන් කොටසක්, කිසිම අයකිරීමකින් තොරව, කිසියම් හෝ ගැලපෙන ප්‍රතිග්‍රාහකයකුගේ පිටිතය බේරාගැනීම සඳහා බද්ධ කිරීමට කැමති බව මෙයින් ප්‍රකාශ කරමි.

වකුගඩු බද්ධකිරීමේ සහයෝගතා පදනමට හෝ රජයේ රෝහලකට පිටිත කාලයේදී, කොන්දේසි රහිතව පිරිනැමීමටද මම මෙයින් එකඟවෙමි.

..... සාක්ෂිකරු : 1. අත්සන
 අත්සන

රියදුරු බලපත්‍රයට ඇතුළු කළාද? නම : දුර:

2. අත්සන

ඔව්/නැත නම : දුර: