

# پنجاب ہیلتھ کیئر کمیشن درخواست برائے لائسنس



اندرون خانہ سہولت نہ رکھنے والے کیٹیگری-III ہو میو پیٹھک کلینک، مطب، ہیلتھ ہوم، میسٹریٹ ہوم وغیرہ

- علاج گاہوں کے لیے پنجاب ہیلتھ کیئر کمیشن ایکٹ 2010 کے تحت رجسٹریشن کے حصول کے لیے اس درخواست فارم کو پُر کرنا لازمی ہے۔
- مطلوبہ دستاویزات

- کمپیوٹرائزڈ قومی شناختی کارڈ کی مصدقہ کاپی
- ڈگری یا ڈپلومہ کی کاپی
- متعلقہ کونسل (این سی ایچ/این سی ٹی/پی این سی) کے ساتھ رجسٹریشن کی تازہ کاپی
- عملہ کی فہرست (اگر قابل اطلاق ہو تو)
- ساز و سامان اور مشینری کی فہرست (اگر قابل اطلاق ہو تو)

- ناممکن درخواست فارم زیر غور نہیں آئے گا۔
- غلط معلومات یا دستاویزات فراہم کرنے کی صورت میں درخواست مسترد کر دی جائے گی۔
- فارم مکمل کر کے ذیل میں دیئے گئے پتے پر ارسال کریں:

ڈائریکٹوریٹ آف لائسنسنگ اینڈ ایکریڈیٹیشن، پنجاب ہیلتھ کیئر کمیشن، 185، احمد بلاک، نیو گارڈن ٹاؤن لاہور 54000

- درخواست پُر کرنے کے حوالے سے کوئی بھی سوال پوچھنے کے لیے فون نمبر 042-99333161-168 یا ہماری مفت ہیلپ لائن 0800-00742 پر رابطہ کریں۔
- مزید معلومات کے لیے ویب سائٹ [www.phc.org.pk](http://www.phc.org.pk) وزٹ کریں۔

## بنیادی معلومات

### الف۔ درخواست دہندہ

نام:	عہدہ:	مالک <input type="checkbox"/> مینیجر <input type="checkbox"/> انچارج <input type="checkbox"/>
تعلیم:	قومی شناختی کارڈ نمبر:	□□□□□□ - □□□□□□□□ - □□
رجسٹریشن نمبر پی این سی این سی ایچ/این سی ٹی:	ڈاک کا پتہ:	
گلی/محلہ/ٹاؤن:	شہر:	ضلع: پنجاب
لینڈ لائن فون نمبر:	فیکس نمبر:	ای میل:
موبائل فون نمبر:		
<b>ب۔ مرکز صحت</b>		
نام:	موجودہ جگہ پر قیام کی تاریخ:	
ڈاک کا پتہ:		
گلی/محلہ/ٹاؤن:	شہر:	ضلع: پنجاب
لینڈ لائن فون نمبر:	فیکس نمبر:	ای میل:
موبائل فون نمبر:		

# پنجاب ہیلتھ کیئر کمیشن درخواست برائے لائسنس



## ج۔ ادارے کی نوعیت

ملکیت کی قسم (موزوں خانے پر نشان لگائیں)

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

\* 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)

1. ہومیوپیتھک کلینک  2. مطب/دواخانہ  3. زرسنگ ہوم  4. میسرینی ہوم
5. دیگر \_\_\_\_\_

## ہ۔ مرکز صحت میں فراہم کی جانے والی سہولیات

فراہم کی جانے والی سہولیات بیان کریں:

_____	1.
_____	2.
_____	3.
_____	4.
_____	5.

## II۔ انتظامیہ

### الف۔ مینجر/انچارج مرکز صحت

نام: _____	عہدہ: _____
مرد <input type="checkbox"/> عورت <input type="checkbox"/>	ملازمت میں آنے کی تاریخ: _____
ای میل: _____	لینڈ لائن فون نمبر: _____
کیا مینجر/انچارج ایک سے زیادہ مراکز صحت کا نگران ہے؟	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>
اگر ہاں، تو مرکز صحت کا نام، پتہ اور شہر: _____	
پیشہ ورانہ اور تعلیمی قابلیت: _____	

# پنجاب ہیلتھ کیئر کمیشن درخواست برائے لائسنس



## II- ملکیت

### الف۔ درخواست دہندہ (مالک)

ان افراد یا کاروباری شخصیات کے بارے میں بیان کریں جو مرکز صحت کے انتظام یا پالیسیوں کے بارے میں ہدایات جاری کرتے ہیں:

نام:

پتہ:

خط و کتابت کا پتہ، اگر درج بالا سے مختلف ہو:

گلی / محلہ / ٹاؤن

پنجاب

شہر:

لینڈ لائن فون نمبر:

فیکس نمبر:

ای میل:

رابطے کے لیے متعلقہ فرد کا نام:

عہدہ:

ٹیلی فون نمبر:

موبائل نمبر:

مالک کی ذاتی ملکیت:  آپریشنز  عمارت  زمین

### ب۔ ملکیت کی تبدیلی

سابقہ ماکان کی فہرست:

نام سابقہ مالک:

## 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 لائسنس 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:









