Doc No: QR/L&A/RL/RAN/003
Effective Date: 01/04/2019
Rev No: 00

پنجاب ہیلتھ کیئر کمیشن

درخواست برائے رجسٹریشن

اندرونِ خانہ سہولت نہ رکھنے والے کیٹیگری -III ہومیوپیتھک کلینک، مطب، ہیلتھ ہوم، میٹرنٹی ہوم وغیرہ

- علاج گاہوں کے لیے پنجاب ہیلتھ کیئر کمیشن ایکٹ 2010 کے تحت رجسٹریشن کے حصول کے لیے اِس 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
  - کلینک، مطب، ہیلتھ ہوم، میٹرنٹی کے عملہ کی فہرست (اگر قابل اطلاق ہو تو)
  - کلینک، مطب میں ساز و سامان اور مشینری کی فہرست (اگر قابل اطلاق ہو تو)
- نامکمل 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** وزٹ کریں۔

بنیادی معلومات

الف۔ درخواست دہندہ

نام:		عہدہ:	مالک ☐ مینجر ☐ انچارج ☐
تعلیم:		قومی شناختی کارڈ نمبر:	☐ - ☐☐☐☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐
رجسٹریشن نمبر پی این سی/این سی ایچ/این سی ٹی:			
ڈاک کا پتہ:			
گلی/محلّہ/ٹاؤن:	شہر:	ضلع:	پنجاب
لینڈ لائن فون نمبر:	فیکس نمبر:	ای میل:	
موبائل فون نمبر:			

ب۔ مرکز صحت

نام:		موجودہ جگہ پر قیام کی تاریخ:	
ڈاک کا پتہ:			
گلی/محلّہ/ٹاؤن:	شہر:	ضلع:	پنجاب
لینڈ لائن فون نمبر:	فیکس نمبر:	ای میل:	
موبائل فون نمبر:			

پنجاب ہیلتھ کیئر کمیشن

درخواست برائے رجسٹریشن

ج۔ ادارے کی نوعیت

ملکیت کی قسم (موزوں خانے پر نشان لگائیں)

سرکاری	دیگر		
ضلعی حکومت	واحد ملکیت	☐	رضاکار یا بغیر منافع کام کرنے والا ادارہ ☐
صوبائی حکومت*	شراکت داری	☐	انجمن ☐
وفاقی حکومت	کارپوریشن	☐	لمیٹڈ کمپنی (پرائیویٹ) ☐
خود مختار ادارہ	ٹرسٹ	☐	لمیٹڈ کمپنی (پبلک) ☐

* 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. ہومیو پیتھک کلینک ☐
2. مطب/دواخانہ ☐
3. نرسنگ ہوم ☐
4. میٹرنٹی ہوم ☐
5. دیگر _____

اقرار نامہ

میں، زیر دستخطی حلفیہ بیان کرتا/کرتی ہوں اور اس بات کا اقرار کرتا/کرتی ہوں کہ مرکز صحت _____ میں اندرونِ 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 رجسٹریشن 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:

پنجاب ہیلتھ کیئر کمیشن

ضمیمہ الف: کل وقتی عملہ کے بارے میں معلومات

نام	عہدہ	رجسٹریشن نمبر (پی این سی/این سی ٹی/این سی ایچ)	فون/رابطہ نمبر

پنجاب ہیلتھ کیئر کمیشن

ضمیمہ ب : جز وقتی عملہ کے بارے میں معلومات

نام	عہدہ	رجسٹریشن نمبر (پی این سی/این سی ٹی/این سی ایچ)	فون/رابطہ نمبر

پنجاب ہیلتھ کیئر کمیشن

ضمیمہ ج: فہرست الیکٹرو میڈیکل سامان

نمبر شمار	نام سامان	قسم	ماڈل	فعال	غیر فعال

پنجاب ہیلتھ کیئر کمیشن

ضمیمہ د: فہرست مشینری

نمبر شمار	نام سامان	قسم	ماڈل	فعال	غیر فعال