



**ගම්පහ විකුමාරවිට් දේශීය වෛද්‍ය විශ්වවිද්‍යාලයේ ස්ථීර සේවකයින් සඳහා වන සෞඛ්‍ය  
රක්ෂණවරණය සඳහා නව සාමාජිකයින් බඳවා ගැනීමේ අයදුම්පත**

1. අයදුම්කරුගේ / සාමාජිකයාගේ නම මහාචාර්ය/ ආචාර්ය/ මයා/ මිය/ මෙය/ මෙනවිය  
.....
2. පීඨය/ දෙපාර්තමේන්තුව/ අංශය .....
3. වර්තමාන තනතුර .....
4. (i) උපන් දිනය..... (ii) 2023.06.01 දිනට වයස .....
- (iii) විශ්‍රාම යන දිනය . ....
5. (i) සිවිල් තත්වය ..... (ii) ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය .....
6. (i) ජංගම දුරකතන අංකය ..... (ii) යු.පී.එල්. අංකය .....
7. ස්ථීර ලිපිනය .....
8. (i) විවාහක නම් ස්වාමිපුරුෂයා / භාර්යාව සහ දරුවන්ගේ විස්තර

| නම (සම්පූර්ණයෙන් ම) | සාමාජිකයා සමග සම්බන්ධතාවය | උපන්දිනය | හැඳුනුම්පත් අංකය |
|---------------------|---------------------------|----------|------------------|
|                     |                           |          |                  |
|                     |                           |          |                  |
|                     |                           |          |                  |
|                     |                           |          |                  |
|                     |                           |          |                  |

(ii) අවිවාහක නම්, ජීවත් ව සිටින දෙමාපියන්ගේ විස්තරය (වයස අවුරුදු 65 අඩු)

| නම (සම්පූර්ණයෙන් ම) | සාමාජිකයා සමග<br>සම්බන්ධතාවය | උපන්දිනය | හැඳුනුම්පත් අංකය |
|---------------------|------------------------------|----------|------------------|
|                     |                              |          |                  |
|                     |                              |          |                  |

9. බැංකු ගිණුම් විස්තරය (Insurance claims ගිණුම්ගත කිරීම සඳහා)

(i) බැංකුවේ නම ..... (ii) ශාඛාව .....

(iii) බැංකු කේතය (Bank Code) ..... (iv) ශාඛා කේතය (Branch Code) .....

(v) ගිණුම් අංකය .....

ඉහත තොරතුරු සත්‍ය බවට සහතික කරමි.

දිනය

අයදුම්කරුගේ අත්සන

දෙපාර්තමේන්තු / අංශ ප්‍රධානගේ අත්සන