

सामाजिक सुरक्षा कोष

(स्वास्थ्य संस्था सुचीकरण गर्ने निवेदन फारम)

श्रीमान् कार्यकारी निर्देशक ज्यु

मिति :

सामाजिक सुरक्षा कोष
बबरमहल काठमाण्डौ ।

कोषले सञ्चालन गर्ने स्वास्थ्य, औषधी तथा मातृत्व एवं दुर्घटना तथा अशक्तता सम्बन्धि योजना कार्यान्वयनको निमित्त कोषसँग सेवा प्रवाह सम्झौता (MOU) गर्न कोषले विज्ञापन प्रकाशन गरेको हुँदा निम्नानुसार आफ्नो संस्थाको सत्य तथ्य विवरण खुलाई सेवा प्रवाह सम्झौताको निमित्त यो निवेदन पेश गरेका छौं ।

- स्वास्थ्य संस्थाको नाम:
- ठेगाना:
- स्थापना मिति:
- सेवारम्भ मिति:
- कार्यालयको सम्पर्क नम्बर:
 - कार्यालयको नम्बर:
 - ईमेल :

६.स्वास्थ्य संस्थाको विवरण

स्वास्थ्य संस्थाको प्रकार	सरकारी	सामुदायिक	निजि	अन्य
विशेषज्ञताको क्षेत्र	General		Specialized in	
बेडको प्रकार र संख्या	प्रकार	बेड संख्या		
	Normal			
	ICU			
	CCU			
अन्य				
स्वास्थ्य संस्थाको हालको प्रमुख/सम्पर्क व्यक्ति	नाम			
	सम्पर्क नं.			

यस निवेदनमा उल्लेखित सम्पूर्ण विवरणहरू सत्य हुन अन्यथा हुन गएमा कानून बमोजिम सहुँला बुझाउँला ।

(निवेदकको दस्तखत र मिति)

नाम:

पद: