



අයදුම්පත් අංකය

(කාර්යාලීය ප්‍රයෝජනය සඳහා පමණි)

(ව්‍යාපාරය පවත්වාගෙන යමින් ඒ පිළිබඳ අයදුම්පත්‍රයක් ඉදිරිපත් කිරීම. ප්‍රතික්ෂේප කිරීම දඬුවම් ලැබිය හැකි වරදකි.)

මෙය සම්පූර්ණ කර දින 07 ඇතුළත ආපසු එවන්න.

### 20..... වර්ෂය වෙනුවෙන් වෙළඳ බලපත්‍රයක්/ ව්‍යාපාර බද්දක් සඳහා අයදුම් පත්‍රය / ප්‍රකාශය

1987 අංක 15 දරණ ප්‍රාදේශීය සභා පනතේ 147 , 149 , හා 150 වගන්ති ප්‍රකාර මෙම ප්‍රාදේශීය සභා බල ප්‍රාදේශය තුළ වෙළඳ ව්‍යාපාරයක් පවත්වාගෙන යාම සඳහා පහත සඳහන් විස්තර ඉදිරිපත් කරමි.

- 1) අයදුම්කරුගේ සම්පූර්ණ නම :.....
- 2) අයදුම්කරුගේ ලිපිනය :.....
  - i) ව්‍යාපාරික ස්ථානයේ ලිපිනය:.....
  - ii) පෞද්ගලික ලිපිනය :.....
- 3) ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :.....  
(ජා.හැ.ජා.යා පිටපතක් ඉදිරිපත් කරන්න .)
- 4) දුරකතන අංකය :.....
- 5) ව්‍යාපාරික නාමය :.....

6) වෙළඳ ව්‍යාපාරයේ ස්වභාවය

<p>ඒ ඒ කාරණය සඳහා පාවිච්චි අලෙවිකරන/ නිෂ්පාදනය කරන භාණ්ඩ හා සේවා විස්තරය</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>කරන භූමියේ වර්ග ප්‍රමාණය</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--	---

- 7) .ව්‍යාපාරය පවත්වාගෙන යනු ලබන ස්ථානය
  - i) වරිපනම් අංකය හා පාර :.....
  - ii) ග්‍රා.සේ.නි. කොට්ඨාසයේ නම හා ලිපිනය :.....
  - iii) ගම :.....
  - iv) ඉඩමේ නම :.....
  - v) ඉඩමේ වර්ග ප්‍රමාණය :.....
- 8) අයදුම්කරු ව්‍යාපාරයේ අයිතිකරුද :.....

අයදුම්කරු ව්‍යාපාරයේ අයිතිකරු නොවේ නම්, අයිතිකරුගේ නම, ලිපිනය හා ජා.හැ. අංකය : .....

.....

ඉහත සඳහන් තොරතුරු නිවැරදි බවට සහතික කරමි.

දිනය : .....

.....

අයදුම්කරුගේ අත්ස

**(කාර්යාලීය ප්‍රයෝජනය සඳහා පමණි)**

ආදායම් පරිපාලකගේ වාර්තාව

- 1) අයදුම්පත්‍රයේ කරුණු නිවැරදිද යන වග :.....
- 2) වෙළඳ ව්‍යාපාරය පිළිබඳ විස්තර :.....
  - I) වෙළඳ ව්‍යාපාරයේ ස්වභාවය :.....
  - II) විවිධ අංශ වල නම් වර්ග ප්‍රමාණය වාර්ෂික තක්සේරුව
 

.....	.....	.....
.....	.....	.....
  - III) අයකල යුතු බලපත්‍ර ගාස්තුව/බදු මුදල :.....  
 වෙනත් කරුණු :.....

ඉහත කරුණු විස්තර නිවැරදි බව සහතික කරමි. බලපත්‍ර ගාස්තුවක්/ව්‍යාපාර බද්දක් අයකිරීම සුදුසු බව නිර්දේශ කරමි.

.....  
 ආදායම් පරීක්ෂක/ආදායම් පරිපාලක  
 වැකේ/පුගොඩ/දොම්පෙ/කැරගල  
 උප කාර්යාලය

**සෞඛ්‍ය වෛද්‍ය නිලධාරී මහජන සෞඛ්‍ය පරීක්ෂක වාර්තාව :**

(සම්මත කර ඇති අතරු ව්‍යවස්ථා වලට අනුකූලව සෞ.වෛ.නි. ගේ නිර්දේශ අවශ්‍ය අවස්ථා වලදී පමණක්) බලපත්‍රය ලබා දීම නිර්දේශ කරමි./නොකරමි.

.....  
 .....  
 .....

.....	.....
අත්සන	අත්සන
මහජන සෞඛ්‍ය පරීක්ෂක	සෞඛ්‍ය වෛද්‍ය නිලධාරී
බලපත්‍රය නිකුත් කිරීම/ව්‍යාපාර බද්ද අනුමත කරමි/නොකරමි.	
දිනය :.....	.....
	සභාපති/ලේකම්
	දොම්පේ ප්‍රාදේශීය සභාව

**කාර්යාලීය ප්‍රයෝජනය සඳහා**

ලේඛන පිටුව :.....	ලිපිගොනු අංකය :.....
බලපත්‍ර අංකය :.....	.....
දිනය :.....	විෂය ලිපිකරු