

भिवंडी निजामपूर शहर महानगरपालिका, भिवंडी

वैद्यकिय आरोग्य विभाग

प्रयोगशाळा नोंदणी अर्ज

अर्जदाराचे नांव	
अर्जदाराचे पत्ता/ संपर्क क्रमांक	
शैक्षणिक आर्हता व संस्थेमधील हुद्दा	
संस्थेचे नांव :-	
संस्थेचा पत्ता :-	
संस्थेत देण्यात येणाऱ्या सेवा :-	
संपर्क क्रमांक / ई मेल	
संस्थेत काम करणाऱ्या डॉक्टरांचा तपशिल	
संस्थेत काम करणाऱ्या टेक्नीशियनचा तपशिल	

दिनांक :-

सही / शिक्का

टिप :- अर्जासोबत परिपत्रकात नमुद आवश्यक कागदपत्रे जोडण्यात यावीत. कागदपत्रे अपुर्ण असल्यास अर्ज स्विकारण्यात येणार नाही.

BHIWANDI NIZAMPUR MUNICIPAL CITY CORPORATION
MEDICAL HEALTH DEPARTMENT

PATHALOGY LAB FORM

NAME OF APPLICANT	
APPLICANT ADDRESS/ CONTACT NUMBER	
QUALIFICATION AND DESIGNATION	
NAME OF INSTITUTE	
ADDRESS OF INSTITUTE	
FACILITIES PROVIDED BY INSTITUE	
CONTACT NUMBER/ EMAIL	
DETAILS OF DOCTORS WORKING UNDER INSTITUTE	
DETAILS OF TECHNICIAN WORKING UNDER INSTITUTE	

DATE :-

STAMP & SIGN.

**NOTICE :- ATTACH REQUIRED DOCUMENTS MENTIONED IN NOTIFICATION.
APPLICATION WITH INCOMPLETE DOCUMENTS NOT ACCEPTABLE.**