



एशोसिएसन अफ प्राइभेट हेल्थ इन्स्टिच्युसन नेपाल (APHIN)

स्था : २०५५, दर्ता नं. १९६/०५५/०५६

सदस्यता फाराम

फोन नं. : ०१-५५२२७१६

श्रीमान् अध्यक्षज्यू,

एशोसिएसन अफ प्राइभेट हेल्थ इन्स्टिच्युसन नेपाल

विषय : सदस्यता पाउँ भन्ने बारे ।

महोदय,

उपरोक्त विषयमा यस अस्पतालको निम्न विवरण घोषणा गर्नुको साथै तोकिएका आवश्यक कागजातहरु सहित संलग्न गरी त्यस एशोसिएसन अफ प्राइभेट हेल्थ इन्स्टिच्युसन नेपालको साधारण/आजीवन सदस्यताको लागि निवेदन गर्दछौं ।

तपसिल

अस्पतालको नाम :

ठेगाना :

सम्पर्क :

फोन -

मोबाइल नं. -

फ्याक्स नं. :

इमेल -

वेबसाइट -

सम्पर्क व्यक्ति :

अस्पतालको मुख्य व्यक्ति :

स्वामित्व विवरण : प्रोप्राइटरसिप() साझेदार() प्रा.लि.() पब्लिक लिमिटेड() कम्प्युनिटी()

दर्ता नं. र मिति :

दर्ता भएको निकाय :

स्थायी लेखा नम्बर :

उद्योगमा दर्ता : छ() छैन() दर्ता नं. :

मिति :

दर्ता भएको निकाय :

अस्पताल सञ्चालन स्वीकृति पाएको मिति :

स्वीकृत प्राप्त शैया संख्या :

अस्पतालको किसिम : (क) जनरल()

(ख) विशेषज्ञ()

कर्मचारी विवरण :

(क) चिकित्सक जना (ख) प्राविधिक जना (ग) अप्राविधिक जना (घ) जम्मा : जना

मध्ये पुरुष जना, महिला जना ।

हालसम्म लगानी भएको कूल पूँजी :

पूर्वाधार विवरण :

(क) आफ्नै स्वामित्वको जग्गा() (ख) आफ्नै स्वामित्वको घरजग्गा() (ग) वहालमा लिएको()

वातावरणीय परीक्षण मूल्याङ्कन : (क) नैसर्गिकको() (ख) हुन बाँकी()

निवेदक :

नाम :

पद :

दस्तखत :

अस्पतालको छाप :

नोट : सदस्यताको लागि प्रवेश शुल्क :

(क) २५ शैया सम्मको लागि रु. १७०००/-

(ख) २६ देखि ५० शैयासम्मको लागि रु. २५०००/-

(ग) ५१ देखि १०० शैयासम्मको लागि रु. ३५०००/-

(घ) १०१ शैया भन्दा माथि रु. ४५०००/-

कार्यालय प्रयोजनको लागि :

सम्पूर्ण प्रक्रिया पुरोकोले संस्थाको विधान बमोजिम सदस्यता प्रदानको लागि अग्रिम कारवाही हुन

.....
कार्यालय प्रमुख

उपरोक्त बमोजिम विधान बमोजिम साधारण/आजीवन सदस्यता प्रदान गर्न कार्यसमितिको स्वीकृतार्थ

.....
महासचिव

मिति : को कार्यसमितिको निर्णयानुसार सदस्यता प्रदान गरी सदस्यता नं. कायम भएको

.....
कार्यालय प्रमुख