

ලංකා සෞඛ්‍ය සේවය සිසිල් හි මධ්‍යම තැන්පතු ක්‍රමය (CDS) මගින් “එසැණින් එවනු ලබන එස්එම්එස්/රිමේල් දැනුම්දීම්” සඳහා අභියෝජනා ආකෘතිය

ලංකා සෞඛ්‍ය සේවය සිසිල් හි මධ්‍යම තැන්පතු ක්‍රමය (CDS) මගින් “එසැණින් එවනු ලබන එස්එම්එස්/රිමේල් දැනුම්දීම්

ලංකා සෞඛ්‍ය සේවය සිසිල් හි නිර්දේශිත පුද්ගල සම්බන්ධයෙන් (සමාගමේ / ආයතනයේ නම) හි පුද්ගල ගිණුමෙන් සිදු කරනු ලබන එක් එක් හා සෑම හර සහ බැර වාර්තාවක්ම, ලංකා සෞඛ්‍ය සේවය සිසිල් විසින් රි-මේල්/එස්එම්එස්/රි-මේල් සහ එස්එම්එස් (කරුණාකර කැමති ක්‍රමවේදය/ක්‍රමවේද තෝරන්න) මගින් එසැණින් දැනුම්දීම් ලබාදීම සඳහා සමාගම විසින් බලය පවරන බවට මෙමගින් තීරණය කර ඇත.

..... (සමාගමේ / ආයතනයේ නම) වෙනුවෙන්, එසැණින් දැනුම්දීම් ලැබීම සම්බන්ධයෙන් පහතින් දක්වා ඇති ලැබුම්කරුවන්ට බලය පවරා ඇති බවට වැඩිදුරටත් තීරණය කර ඇත.

ජංගම දුරකථන අංකය :

ලැබුම්කරුගේ නම :

ජා.හැ.ප. අංකය :

රි-මේල් ලිපිනය :

ලැබුම්කරුගේ නම :

ජා.හැ.ප. අංකය :

සමාගම් ලේකම් :

සමාගමේ මුද්‍රාව : දිනය:

කැමැත්ත ලබාදීමේ ලිපිය

දිනය:

කළමනාකරු
HNB සෙක්යුරිටිස් සමාගම
4 වන මහල,
අංක 53, ධර්මපාල මාවත
කොළඹ 03

හිතවත් මහත්මයාණෙනි / මහත්මියනි,

..... (සමාගමේ / ආයතනයේ නම) වෙනුවෙන් ලංකා සෙකියෝ සිස්ටම් හා මධ්‍යම තැන්පතු ක්‍රමය (CDS) වෙතින් එසැණින් එස්එම්එස්/ඊ-මේල් දැනුම්දීම් ලැබීම සම්බන්ධයෙන්, (ජා.හැ.ප. / විදේශ ගමන් බලපත්‍ර අංක) දරන, වන මම මෙමගින් මාගේ කැමැත්ත ලබා දෙමි.

ලබා දී ඇති ජංගම දුරකථන අංකයෙහි /ඊ-මේල් ලිපිනයෙහි සත්‍යතාව සහතික කිරීම සම්බන්ධයෙන් සියලු පූර්වෝපායයන් ගැනීමට සහ මා වෙත ලබාදුන් පහසුකම අනවසරයෙන් භාවිත කිරීම වැළැක්වීම උදෙසා නිසි ආරක්ෂාව සහ ප්‍රවේශ පාලන ක්‍රමවේද පවත්වාගෙන යාමට මම එකඟ වෙමි.

☐ ජංගම දුරකථන අංකය :

+	9	4									
---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....
නම

.....
අත්සන