بسم الله الرحمن الرحيم

ދިވެހިރާજ્ય ગેઝેટ

ނަންބަރ: 48 ހަފְת
: 1061 ތާریخ: 9 ނޮވެम्બર 1440 - 14 ڊسامبر 2019 ހުક્રવાર

ހިންދުންވެރި ކުދިންގެ ބިން ހިންނަން ބޭނު�ން ކުރުން ހުށަހަޅާ ފަރާތްތަކުން ހަދިયાން ދީން ބާރުން ބަދަલުކުރުން

ކެપ
ીટަલ ބިން ބަދަલުކުރުން ބެލެહެން ކޮમિટީ
ދާއިમી، ދިވެހިરાજ્ય

ފોન: 3336211, 3336102
ފેક્સ: 331 0274
ވેબ્સાઈટ: www.gazette.gov.mv

• ކަންކަން ބަދަલުކުރުން ބެލެહެން ކަންކަން ބަދަલުކުરુން ން legalaffairs@po.gov.mv ން ބަދަલު.

بسم الله الرحمن الرحيم

ꖨꖦꖨꖦꖩꖦꖨꖦꖩ ꖨꖦꖨꖦꖩꖦ ꖨꖦꖨꖦꖩꖦꖨꖦꖩꖦꖨꖦꖩ ꖨꖦꖨꖦꖩꖦꖨꖦꖩꖦꖨꖦꖩ

ꖨꖦꖨꖦꖩꖦꖨꖦꖩꖦ ꖨꖦꖨꖦꖩꖦꖨꖦꖩꖦꖨꖦꖩ

ﷺ .6 (ﷺ) ﷺ ﷺ (ﷺ) ﷺ 30 (ﷺ) ﷺ ﷺ ﷺ

ﷺ ﷺ ﷺ

(ﷺ) ﷺ ﷺ ﷺ

(ﷺ) ﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺ ﷺ-ﷺﷺﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺﷺﷺ ﷺ

ﷺ 15. ﷺ ﷺ ﷺ

ﷺ ﷺ ﷺ

ﷺ ﷺ ﷺ

(ه) ﷺ ﷺ ﷺ 3 ﷺ ﷺ ﷺ

ﷺ ﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺ

ﷺ، ﷺ ﷺ ﷺ

(ه) ﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺﷺ.

(و) ﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺﷺﷺ

(س) ﷺ ﷺ ﷺ.

(س) ﷺ ﷺ ﷺ (ﷺ) ﷺ.

27. ﷺ ﷺ ﷺ

ﷺ

(ﷺ) ﷺ ﷺ ﷺ

(ه) "ﷺﷺﷺﷺﷺ" ﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺ، ﷺ ﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺﷺﷺﷺﷺ، ﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺﷺﷺ 3 (ﷺﷺﷺ) ﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺﷺﷺﷺ.

(ﷺ) "ﷺﷺﷺﷺ" ﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺ، ﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺ www.aasandha.mv ﷺﷺﷺ.

(ﷺ) "ﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺ" ﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺ، ﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺﷺﷺﷺ.

(ﷺ) "ﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺ" ﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺ، ﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺ.

(ﷺ) "ﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺ" ﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺ، ﷺﷺﷺﷺ (ﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺ) ﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺﷺﷺﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺ.

(ﷺ) "ﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺ" ﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺ، ﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺ (ﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺ) ﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺﷺﷺﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺ.

(ﷺ) "ﷺ-ﷺﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺ" ﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺ، ﷺ ﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺﷺﷺﷺ.

(ﷺ) "ﷺﷺﷺﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺ" ﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺ، ﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺﷺﷺﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺﷺﷺﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺﷺﷺﷺﷺﷺﷺ.

(ﷺ) "ﷺﷺﷺﷺﷺﷺﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺ" ﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺ، ﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺ ﷺﷺﷺﷺﷺﷺ

ބިލްއިވާން ކުރިން ބަންދުކުރަންވާ ސެލާމުގެ ތަފުސީލުން ފުރިހަމަކުރުން
ތަފުސީލުތަކުން ބަދަލުކުރުން، ތަފުސީލުތަކުން ބަދަލުކުރުން ވެސް ފުރިން

1. ފާރމެސީ ތަފުސީލު DETAILS OF PHARMACY		
ނަން (ބިން ބަންދު)		
NAME IN ENGLISH		
ތަފުސީ ADDRESS:	ގެ/ބިއުގެ ނަން HOUSE/ BUILDING NAME:	
	ގަން STREET NAME:	
	ތެރެކަން ATOLL	ރަށް ISLAND:
	ސިटީ/ވارڈ CITY / WARD:	پۯسٹ کۯڈ POSTCODE:
ތަފުސީލުގެ ތަފުސީލު REGISTRY DETAILS	ތަފުސީލުގެ ނަންބަر REGISTRY NUMBER:	
	ތަފުސީލުގެ ދިން ތاریخ REGISTRY ISSUED DATE: D D M M Y Y Y Y	
	ތަފުސީލުގެ ހަމަވާ ތاریخ REGISTRY EXPIRY DATE: D D M M Y Y Y Y	
އެމ.އެފ.ޕީ. ގެ پرمिट ތަފުސީل MFDA PERMIT INFORMATION	އެމ.އެف.ڀي.ڀي. ގެ پرمिट ނަންބަر MFDA PERMIT NUMBER:	
	އެމ.އެف.ڀي.ڀي. ން پرمिट ދިން ތاریخ MFDA PERMIT ISSUED DATE: D D M M Y Y Y Y	
	އެމ.އެف.ڀي.ڀي. ގެ پرمिट ހަމަވާ ތاریخ MFDA PERMIT EXPIRY DATE: D D M M Y Y Y Y	
ގުޅުން ކުރެވޭނެ ތަފުސީل CONTACT INFORMATION	ފोން ނަންބަر 1 PHONE NUMBER 1:	ފोން ނަންބަر 2 PHONE NUMBER 2:
	ބްރެން ތަފُسِيل EMAIL ADDRESS:	ف ئاكس ނَمبَر FAX NUMBER:
ވަظیفާ ކުރާ ތަން NUMBER OF STAFFS	ފާރމެسِسْ PHARMACISTS	ك ئاشيئرس CHASHIERS	ٱخَرُون OTHERS

2. ڤًرةَسِوْ ڤْرِوَرَڤْرَةْ دَةْتَةْرَةْ
DETAILS OF PHARMACY OWNER

ڤْرِوَرَڤْرَةْ دَةْتَةْرَةْ OWNER'S INFORMATION	نَمَبَرْ NAME:	
	ةِرْڤُرِ نَمْبَرِةْڤُرَنَمْ ةَمْرُدَةِرْڤَرْ ثَةْ/ ثَرِجِسْتْةَرْثَسْتَمْ نَمْبَرْةَرْ IDENTITY CARD / REGISTRATION NUMBER:	
ةَدْرَسْ ADDRESS:	ةَوْ/ةِرْثَرْةَرْ نَمَبَرْ HOUSE/BUILDING NAME:	
	دَرَةْ STREET NAME:	
	سِتِةْڤَةْرِ ةَوَرْ CITY / WARD:	ڤُسْتْةْ ثَةْ POSTCODE:
	ةَتْةُلْ ATOLL	نَمَبَرْ ISLAND:
ذَثَنْ وَرَڤْرَةْ دَةْتَةْرَةْ CONTACT INFORMATION	1 ڤُنْ نَمْبَرْةَرْ PHONE NUMBER 1:	2 ڤُنْ نَمْبَرْةَرْ PHONE NUMBER 2:
	ةِمَةِرْڤُ EMAIL:	ڤُةَةِرْڤُ ڤُنْ نَمْبَرْةَرْ MOBILE:

3. ةَةْثَرْ ةَبَةْمْثَةْڤَةْ دَةْتَةْرَةْ
DETAILS OF BANK ACCOUNT

ةَبَةْمْثَةْ ڤْرِوَرَڤْرَةْ نَمَبَرْ ACCOUNT NAME:	
ةَبَةْمْثَةْ نَمْبَرْةَرْ ACCOUNT NUMBER:	
ةَةْثَرْ نَمَبَرْ BANK NAME:	ةَةْثَرْ ةَبَةْمْثَةْ رَثْرَوَةِرَوَةِرْ ثَرِ BRANCH:

دَةِوَةِ ةَةْثَرْثَرْثَرْوَةِرْ ةَبَةْمْثَةْ رَثْرَوَةِرْ ثَرِ ڤُدَةْ ثَةِرْڤَةِرْ ثَرِدَةَرْثَرْ وَةِسْ ثَةْدَةْثَرْثَرِدَةِ مَةْوَسِةْ مِةْثَةِرْثَةْ ثَرْثَةْ.

I HEREBY DECLARE THAT I HAVE NO OBJECTION FOR THE MENTIONED ACCOUNT DETAILS TO BE USED FOR THE PURPOSE OF THIS FORM.

ةَبَةْمْثَةْ ڤْرِوَرَڤْرَةْ سَةِ ثَةْرِ — ةَةْرِةْ

Signature of Account Holder:

Date:

4. ةَةْثَرْثَرْ ثِرِڤْرَةْ مَوْسِڤْ (ةَةْثَرْثَرْ ثِرِڤْرَةْ ةَةْرِةَةِ ڤُرَةَ ثَةْسْتَةْ)
DETAILS OF SERVICE REQUIRED (TICK THE REQUIRED SERVICE)

ثَرِجِسْتْةَرْثَسْتَرْ ةَةْرَةْ TYPE OF REGISTRATION	ثَرِجِسْتْةَرْثَسْتَرْ ڤِ REGISTRATION FEE	وَةِسْ ةَرْةَةْ ةَةْرَةْ METHOD OF PAYMENT	
☐ ةَوَرْ ثَرِجِسْتْةَرِ ةَةْرَةْ NEW REGISTRATION	MVR 5,000	☐ وَةِسْةَةِرْ CASH	☐ ثَةْةَةْرْ CHEQUE
☐ ثَرِجِسْتْةَرْثَسْتَرْ ةَةْةَةْرَةْ RE-REGISTRATION	MVR 1,500	☐ وَةِسْةَةِرْ CASH	☐ ثَةْةَةْرْ CHEQUE

5. ފާރުމަސީހުންގެ ރަجިސްٹްރޭشަން ފޯމ
PHARMACIST REGISTRATION FORM

ސުންނާގެ ތެރެން ބޭނުން ކުރާނީ ފާރުމަސީހުންގެ ތަފުޞީލު ވަކިން ބަހައްޓާނެއެވެ. (ކޮންމެ ފާރުމަސީހަކަށް ވަކި ކަނޑެއް ބޭނުންކުރާނެއެވެ.)

PLEASE USE THIS PAGE TO ENTER THE DETAILS OF EACH PARMACIST SEPERATELY. (USE ONE SHEET FOR EACH PHARMACIST)

ފާރުމަސީ ނަން PHARMACY NAME		
ފާރުމަސީހުންގެ ތަފުޞީލު PHARMACIST INFORMATION	ނަން NAME:	ގެންދާ COUNTRY:
	پاسپورٹ ނަम्बަر PASSPORT NUMBER:	ދިވެހި ނަރާދެއްތަކުން ހަދާފައިވާ ކارڈ ގެ ނम्बަر ID CARD NUMBER:
ފާرުމ ڈیٹیلس PERMIT DETAILS	ف ارمیسسٹ پرمٹ نम्बर PHARMACIST PERMIT NUMBER:	
	پرمٹ ختم ہونے کی تاریخ PERMIT EXPIRY DATE: D D M M Y Y Y Y	
	ورک پرمٹ نम्बर WORK PERMIT NUMBER:	
ڈیٹیل ڈیٹیلس CONTACT INFORMATION	فون نम्बर 1 PHONE NUMBER 1:	فون نम्बर 2 PHONE NUMBER 2:
	ای میل ایڈریس EMAIL ADDRESS:	موبائل نम्बर MOBILE:

5.1 ف ارمیسسٹ ڈیکلریشن
PHARMACIST DECLARATION

ދ ިވެ ހ ި ބ ަ ހ ަ ން ، ބ ަ ހ ައ ްط ަ ރ ުވ ެ ދ ެ އ ެ ބ ަ ހ ައ ްط ަ ރ ުވ ާ ف ާ ރ ުم ަ ސ ީ ح ުن ްت ަ ކ ުން ، ض ާ ح ުک ަ ން ، ص ح ީ ح ުک ަ ން ، ه ަ ق ީ ق ުک ަ ން ، ه ަ ق ީ ق ުک ަ ން ، ه ަ ق ީ ق ުک ަ ن ،

I hereby declare that the information provided on this form is true and correct to the best of my knowledge.

ސ ާ ،ن	،ن ،ن ،ن ،ن	،ن ،ن ،ن	،ن ،ن
SIGNATURE	FINGER PRINT	DATE	PHOTO

6. ބަޔާން DECLARATION
"ތިންވަނަ ކުންފުނि ބިއުރޯ ތިންވަނަ ފަރާތުން ހުށަހަޅާ ފަރާތުން ބަދަލުކުރެވިފައިވާ ވާހަކަ" ތަކުން ކިޔަންވެދާނެ. ތަކެއް ބުނެދިން ތަކުން ތަކެއްޗަށް ވަކިން ބަދަލުވެދާނެ. ތި ؟ؤ ،ؤ ،ؤ ،

ތިންވަނަ ބަންދުން ތިން ސަރުކާރު ސެކްޓަރުންގެ ވަނަ ބަންދުން ފެންނަން ވާންވާ ˆ ˆ ˆ

2. ބަންދުކުރުން DECLARATION
"ތިންވަނަ ކުރިން ބަންދުކުރަންވާ ސޮއިކުރި ފަރާތުން ހުށަހަޅާ ފަރާތުން ތަފާތުކުރަންވާ ބަންދުތައް" ތަފުސީލު ކުރިން ބަންދުކުރެވިފައި ވާ ބަންދުތަކުން ވަކިކުރެވިފައި ވާ ބަންދުތަކުން ކަމުގައި ވާ ބަންދުތަކުން ކަން ބަލައިގެންނެވެ. ތަފާތު ބަންދުތަކުން ބަންދުކުރެވިފައި ވާ ބަންދުތަކުން ؛ ؟ ، ! ، ( ) ، ، ،

(Service Provider Letter Head / ހިންދަރުވެރި ވަނަވަން ،ؤ)
(Address / ،ؤ)
(Email Address / ،ؤ)
(Contact no. / (ؤ)

ހިންދަރުވެ ؤ ؤ ؤ ؤ ؤ ؤ

NAME OF SERVICE PROVIDER

INVOICE

Invoice type:
Invoice No:
To: Aasandha Pvt Ltd Date:

Transaction Date	Memo No	Transaction ID	Patient	Patient ID No	Amount

(TOTAL AMOUNT IN WORDS) Total Amount:

Prepared By:
Name: ……
Signature: …….

Checked By:
Name: …….
Designation: …….
Signature: …….

Service Provider Stamp

Authorized By:
Name: ……
Designation: ……
Signature: ……