

බලංගොඩ ප්‍රාදේශීය සභාව

දිගුර ,බලංගොඩ

(ව්‍යාපාරයක් පවත්වාගෙන යමින් ඒ පිළිබඳ ව අයදුම්පත්‍රයක් ඉදිරිපත් කිරීම,ප්‍රතික්ෂේප

කිරීම දඩුවම් ලැබිය හැකි වරදකි.)

මෙය සම්පූර්ණ කර දින 07ක් ඇතුළත ආපසු භාර දෙන්න.

..... වර්ෂය සඳහා වෙළඳබලපත්‍ර /ව්‍යාපාර බදු/කර්මාන්ත බදු ලබා ගැනීම සඳහා වූ ඉල්ලුම්පත්‍රයකි.

1987 අංක 15 දරණ ප්‍රාදේශීය සභා පනතේ 147 /149 හා 150 වගන්ති ප්‍රකාර මෙම ප්‍රාදේශීය සභා බල ප්‍රදේශය තුළ වෙළඳ ව්‍යාපාර /කර්මාන්තයක් පවත්වාගෙන යාම සඳහා පහත සඳහන් විස්තර ඉදිරිපත් කරමි.

- 01 . අයදුම්කරුගේ නම -
- 02.පෞද්ගලික ලිපිනය -
- 03.ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය -
- 04.දුරකතන අංකය -
- ජංගම(WhatsApp) - ස්ථාවර -
- 05.වෙළඳ ව්‍යාපාරයේ ස්වභාවය -
- 06.වෙළඳ ව්‍යාපාරයේ නම -
- 07.ආරම්භක වර්ෂය -
- 08.ව්‍යාපාරික ස්ථානයේ ලිපිනය -
- 09.ග්‍රාම නිලධාරි කොට්ඨාශය -
- 10.වරිපනම් අංකය -
- 11.ව්‍යාපාරය ආරම්භක ව්‍යාපාරයක් නම් පූර්ව අනුමැතිය ලබාගෙන ඇත්ද යන්න -
(ලබාගෙන තිබේනම් ඡායා පිටපතක් ඇමිණිය යුතුය.)
- 12.ව්‍යාපාර ස්ථානයේ කළමනාකරුගේ හෝ නියෝජිතයාගේ
 - I. නම හා පෞද්ගලික ලිපිනය -
 - II. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය -
 - III. දුරකතන අංකය ජංගම - ස්ථාවර -

ඉහත තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බව සහතික කරමි.

ඉහත තොරතුරු සඳහන් කර්මාන්තය ,වෙළඳාම පවත්වාගෙන යන ස්ථානය සඳහා වර්ෂය වෙනුවෙන් වෙළඳ බලපත්‍රයක් මා වෙත නිකුත් කරන ලෙස ඉල්ලමි.මේ පිළිබඳව පවත්නා නීතිරීති මම එකඟ වෙමි.

දිනය - අත්සන

කාර්යාලීය ප්‍රයෝජනය සඳහා,

ආදායම් පරීක්ෂක,

පසුපිටි සඳහන් ඉල්ලුම්පත්‍රයට අදාළව වෙළඳ බලපත්‍රයක් නිකුත් කිරීම සඳහා වන ඔබගේ නිරීක්ෂණ හා නිර්දේශ කඩිනමින් මා වෙත ලබාදෙන ලෙස කාරුණිකව ඉල්ලීමි.

දිනය - ලේකම් -

.....

ලේකම්,

ගාස්තුව -

බලපත්‍රය ලබාදීම නිර්දේශ කරමි. /නොකරමි.

දිනය - ආදායම් පරීක්ෂක -

.....

සෞඛ්‍ය වෛද්‍ය නිලධාරී,

පසුපිටි සඳහන් ඉල්ලුම්පත්‍රයට අදාළව වෙළඳ බලපත්‍රයක් නිකුත් කිරීම සඳහා වන ඔබගේ නිරීක්ෂණ හා නිර්දේශ කඩිනමින් ලබාදෙන මෙන් කාරුණිකව ඉල්ලා සිටිමි.

දිනය - ලේකම් -

සෞඛ්‍ය වෛද්‍ය නිලධාරී,

අතුරු ව්‍යවස්ථාවේ සඳහන් නීති රීතිවලට අනුකූලව සුදුසුකම් සපුරා ඇත.බලපත්‍ර නිකුත් කිරීම නිර්දේශ කිරීම සඳහා වාර්තා කරමි.

දිනය - මහජන සෞඛ්‍ය පරීක්ෂක -

.....

ලේකම්,

ඉහත ඉල්ලුම්පත්‍රයට අනුව අදාළ ස්ථානය සඳහා බලබ්‍රයක් නිකුත් කිරීම නිර්දේශ කරමි/නොකරමි(නිර්දේශ නොකරන්නේ නම් ඊට අදාළ හේතුව සඳහන් කරන්න.)

දිනය - සෞඛ්‍ය වෛද්‍ය නිලධාරී -