

යුද්ධ හමුදා සුවසහන අරමුදලේ බරපතල රෝග කාණ්ඩය යටතේ ඉදුරාම රෝහල වෙත ප්‍රතිලාභ ගෙවීම සම්බන්ධ සේවාව සතුටුදායක ලෙස ලබාගත් බවට සහතිකය - විශ්‍රාමික

(ප්‍රතිකාර ලබා දීන 07 ක් ඇතුළත ඉදිරිපත් කල යුතුය)

1. සාමාජිකයාගේ නම (මුලකුරු සමග) :.....
2. සාමාජිකයාගේ සම්පූර්ණ නම :.....
3. රෙජි අංකය :.....
4. නිලය :.....
5. රෙජිමේන්තුව :.....
6. ඒකකය :.....
7. මව් ඒකකය (විශේෂ බලකායට පමණක් අදාලවේ) :.....
8. ලිපිනය (සාමාජිකයාගේ/ප්‍රතිලාභ ඉල්ලුම්කරුගේ) :.....
9. දුරකථන අංකය (සාමාජිකයාගේ/ප්‍රතිලාභ ඉල්ලුම්කරුගේ) :.....
10. වන්දි හිමිකම් අයදුම් කරනු ලබන්නේ කවුරුන් සඳහාද:
 - අ. නම :.....
 - ආ. ඥාතීත්වය :.....
 - ඇ. උපන් දිනය :.....
11. ප්‍රතිකාර ලබාගන්නා රෝහල හා ඇස්තමේන්තුගත මුදල :.....

..... දින සිට දින දක්වා කාලය තුළ රෝහලෙහි මා/මාගේ කලත්‍රයා/දුව/පුතා/මව/පියා නේවාසිකව ප්‍රතිකාර ලබාගත් අතර, එම කාලසීමාව තුළ රෝහල වෙතින් සතුටුදායක ලෙස සේවය ලබාගත් බවට ප්‍රකාශ කරමි.

දිනය :.....

අත්සන:.....