



Empanelment of Cashless Service for Allied Health Customers

އަސަންދާ ސަރުވިސް ގެ ލިޔެކިޔުން ޖެހޭ ގޮތުން ފޮނުވާލުމަށް ދަށުގައި ބަލާށެވެ.

Particulars of the person requesting for Service:

1. ޕްރޮޕޮޝަލަރުގެ ނަންމު، ޕްރޮޕޮޝަލަރުގެ ޕްރޮފެޝަނަލް އިދާރާތް، އަދި ޕްރޮޕޮޝަލަރުގެ ޕްރޮފެޝަނަލް އިދާރާތްގެ ނަންމު ފޯމުލެއް ފޮނުވާލުމަށް ދަށުގައި ބަލާށެވެ.

Name:	ނަންމު:
ID.Card No.	އި.ކާ.ޖ.ގެ ނަންބަރު:
Permanent Address (Including Atoll & Island):	ދާ永މު ބައްލަވާލަންޖެހޭ ހެއްދެވި អាދުރާތް (އަތުލަންޖެހޭ ރާއްޖެ އަދި ގަޑީގަން):
Contact No.	މުޢާލިޚު ނަންބަރު:
E-mail Address:	ީމެލްގެ ބަލަވާލަންޖެހޭ ސަފްޙާ:

Details of place requested for enrollment

2. ޕްރޮޕޮޝަލަރުގެ ޕްރޮފެޝަނަލް އިދާރާތް، އަދި ޕްރޮޕޮޝަލަރުގެ ޕްރޮފެޝަނަލް އިދާރާތްގެ ނަންމު ފޯމުލެއް ފޮނުވާލުމަށް ދަށުގައި ބަލާށެވެ.

(Clinic/Pharmacy/Opticals)

(ކްލިނިކް/ފާރމާސީ/އޮޕްޓިކަލް)

Name of Service provider:	ނަންމު:
Address:	މުޢާލިޚުގެ ހެއްދެވި ރައްދު:
Atoll & Island:	ރާއްޖެ އަދި ގަޑީގަން:
Contact No. of Service provider:	މުޢާލިޚުގެ ޕްރޮފެޝަނަލް އިދާރާތްގެ ނަންބަރު:
a) Hours open for Service:	ސ. ޕްރޮފެޝަނަލް އިދާރާތް ހެއްދެވި ގަޑީގަން:
b) Duration of Service:	ސ. ޕްރޮފެޝަނަލް އިދާރާތް ހެއްދެވި ދުވަސް:
Is currently providing Aasandha service?	No <input type="checkbox"/> ނެތް Yes <input type="checkbox"/> ހުރި ޖިއަރުކަންދުވާ ޕްރޮފެޝަނަލް އިދާރާތް ހެއްދެވި ގަޑީގަން?
Has Internet connection?	No <input type="checkbox"/> ނެތް Yes <input type="checkbox"/> ހުރި ޕްރޮފެޝަނަލް އިދާރާތް ހެއްދެވި ގަޑީގަން?

ޕްރޮޕޮޝަލަރުގެ ނަންމު (މަތީގައި) ބަލާފައިވާ ޕްރޮފެޝަނަލް އިދާރާތް ހެއްދެވި ގަޑީގަން ފޯމުލެއް ފޮނުވާލުމަށް ދަށުގައި ބަލާށެވެ.
 Please grant service for the Allied Insurance Health Card for the above mentioned.

_____ Name : _____ Date : _____ Sign :

Documents required with the Proposal:	<input type="checkbox"/> Service vendor's registry copy ޕްރޮފެޝަނަލް އިދާރާތް ހެއްދެވި ގަޑީގަން ފޯމުލެއް ފޮނުވާލުމަށް ދަށުގައި ބަލާށެވެ.	<input type="checkbox"/> Service vendor's price list ޕްރޮފެޝަނަލް އިދާރާތް ހެއްދެވި ގަޑީގަން ފޯމުލެއް ފޮނުވާލުމަށް ދަށުގައި ބަލާށެވެ.
<input type="checkbox"/> Doctors/Pharmacist ކްލިނިކް/ފާރމާސީ/އޮޕްޓިކަލް ޕްރޮފެޝަނަލް އިދާރާތް ހެއްދެވި ގަޑީގަން ފޯމުލެއް ފޮނުވާލުމަށް ދަށުގައި ބަލާށެވެ.	<input type="checkbox"/> Soft copy of price list ޕްރޮފެޝަނަލް އިދާރާތް ހެއްދެވި ގަޑީގަން ފޯމުލެއް ފޮނުވާލުމަށް ދަށުގައި ބަލާށެވެ.	<input type="checkbox"/> Service vendor's I.D. copy ޕްރޮފެޝަނަލް އިދާރާތް ހެއްދެވި ގަޑީގަން ފޯމުލެއް ފޮނުވާލުމަށް ދަށުގައި ބަލާށެވެ.
<input type="checkbox"/> if it's a pharmacy, copy of permission granted by Food and Drug authority ފާރމާސީ ނަމަ، ފާރމާސީ އިދާރާތް ފޮނުވާލުމަށް ދަށުގައި ބަލާށެވެ.		