

എൻ. എസ് സഹകരണ ആശുപത്രി

പാലത്തറ, കൊല്ലം- 20, ഫോൺ - 0474-2723199

കാൻസർ ടെണ്ടർ അപേക്ഷാ ഫോറം

സ്ഥാപനത്തിന്റെ / വ്യക്തിയുടെ പേര് :

.....

സ്ഥാപനമാണെങ്കിൽ പ്രൊഫ്രെറ്ററുടെ പേര് :

വയസ്സ് :

മേൽവിലാസം :

.....

.....

ഫോൺ നമ്പർ :

വാട്ട്സ്ആപ്പ് നമ്പർ, ഇ-മെയിൽ വിലാസം :

മുൻ പരിചയം (വർഷത്തിൽ) :

(മുൻപരിചയ സർട്ടിഫിക്കറ്റുകൾ അറ്റാച്ച് ചെയ്യേണ്ടതാണ്)

നിലവിൽ സ്ഥാപനം നടത്തുന്നുണ്ടോ :

ഉണ്ടെങ്കിൽ അതിന്റെ വിവരങ്ങൾ

.....

നൽകാൻ ഉദ്ദേശിക്കുന്ന മാസവാടക :

നൽകാൻ ഉദ്ദേശിക്കുന്ന ഡെപ്പോസിറ്റ് :

മറ്റ് വിവരങ്ങൾ :

സ്ഥലം :

പേര് :

തീയതി :

ഒപ്പ് :