



# ট্রাস্ট ইসলামী লাইফ ইনসিওরেন্স লি :

প্রধান কার্যালয় : পল্টন চায়না টাওয়ার (১৮ তলা), ৬৭/১ নয়া পল্টন (ভি আই পি রোড), ঢাকা- ১০০০।

## হেলথ প্রিভিলেজ কার্ড আবেদন ফরম

পাসপোর্ট সাইজ  
১ কপি ছবি

বিতরণ তারিখ : ..... মেডিকেল কার্ড নাম্বার : .....

০১। আবেদনকারী নাম : ..... ০২। পদবি : .....

০৩। আই ডি /পলিসি নং : ..... ০৪। অফিসের নাম : .....

০৫। জাতীয় পরিচয়পত্র নাম্বার : ..... ০৬। জন্ম তারিখ : .....

০৭। মোবাইল নম্বর ( বর্তমানে ব্যবহৃত) .....

০৫। স্থায়ী ঠিকানা :

গ্রাম : ..... ডাকঘর : ..... উপজেলা : .....

জেলা : .....

০৬। বর্তমান ঠিকানা :

গ্রাম : ..... ডাকঘর : ..... উপজেলা : .....

জেলা : ..... | ই-মেইল :

০৭। পিতার নাম .....

০৮। মাতার নাম :.....

০৯। স্বামী/ স্ত্রীর নাম : .....

আমি এই মর্মে ঘোষণা করছি যে, উপরে উল্লেখিত আমার সকল তথ্য ও উপাত্ত সঠিক। কোন ধরনের ভুল তথ্য প্রদানের জন্য আমি আইনগত ভাবে দায়ী থাকব এবং আমি কোন ধরনের অনৈতিক কর্মকাণ্ডে, রাষ্ট্র বিরোধী, রাষ্ট্রের নিরাপত্তা বিঘ্নিত হয় এমন কোন কাজে মেডিকেল কার্ডটি ব্যবহার করব না।

তারিখঃ

আবেদনকারীর স্বাক্ষর

প্রত্যয়ন আমি এ মর্মে প্রত্যয়ন করছি যে কার্ডব্যবহারকারী জনাব/জনাবা ..... আমার পরিচিত। আমার জানা মতে সে কোন ধরনের অনৈতিক কর্মকাণ্ডে, রাষ্ট্র বিরোধী, রাষ্ট্রের নিরাপত্তা বিঘ্নিত হয় এমন কোন কাজে জড়িত নেই। সে যে সকল তথ্য উল্লেখ করেছে তা যাচাই করেছে। তার দেয় উল্লেখিত তথ্য সঠিক।

প্রত্যয়ন কারীর স্বাক্ষর :

নাম :

পদবী :

মোবাইল নংঃ

ঠিকানাঃ