

# भारतीय प्राथमिक चिकित्सा परिषद Bharatiya Prathamik Chikitsa Parisad

## INFORMATION CENTER FORM

INSTRUCTIONS : Fill all the sections of form. Incomplete form will be rejected. Administration Head sign every page of the form.

### INFORMATION CENTRE OFFICER DETAIL

- समिति नाम / Society Name (in CAPITAL Letters) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- समिति रजिस्ट्रेशन क्रमांक / Society Registration Number : \_\_\_\_\_
- समिति का बैंक अकाउंट नं. / Society Bank Account No. : \_\_\_\_\_ IFSC Code \_\_\_\_\_
- नाम / Full Name (in CAPITAL Letters) : \_\_\_\_\_
- पिता का नाम / Father's Name : \_\_\_\_\_
- जन्म तिथि / Date of Birth :
- लिंग / Sex : Male  Female  8. राष्ट्रियता / Nationality : \_\_\_\_\_
- पूरा पता / Full Postal Address : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- जिला / District : \_\_\_\_\_ राज्य / State : \_\_\_\_\_
- पिन कोड / Pin Code :
- अधिकारिक संचार / Official Communication : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- टेलीफोन नंबर (एसटीडी कोड के साथ) / Telephone No. (with STD Code) :
- टेली फेक्स / Tele Fax : \_\_\_\_\_
- मोबाईल नं. / Mobile No. : +91
- ई-मेल / Email : \_\_\_\_\_

बॉक्स के आकार का फोटो  
यहाँ चिपकाए  
जो सत्यापित न हो।

PASTE HERE

हस्ताक्षर

\* Note : ATTACH KYC (AADHAR CARD, PAN CARD and 2 PHOTOGRAPHS)