

மாவட்ட மாற்றுத்திறனாளிகள் நல அலுவலகம் - விழுப்புரம் - 605602
தொலைபேசி எண்: 04146 225543

மாற்றுத்திறனாளிகளுக்கான பால் பொருள் விற்பனை மையம்
அமைப்பதற்கான விண்ணப்ப படிவம்

1. விண்ணப்பதாரர் பெயர் :
2. தகப்பனார் / கணவர் பெயர் :
3. வயது :
4. தற்போதைய முகவரி
ரேசன்கார்டு மற்றும் வங்கி :
5. கைபேசி எண் :
6. மாற்றுத்திறன் தன்மை
சதவீதம்
அடையாள.அட்டை எண் :
7. நிரந்திர முகவரி மற்றும் அருகில்
உள்ள காவல் நிலையம் :
8. வியாபாரம் நடத்தப்படவிருக்கும் கடையின்
முகவரி(வாடகை இடம் எனில்) வீட்டு
சொந்தகாரரிடம் இருந்து ஒப்புதல் கடிதம்
இணைக்கப்பட வேண்டும் :
9. முகவர் பால் வியாபாரம் செய்ய உள்ள
பகுதி
1)
2)
3) :
10. தாங்கள் தற்போது ஏதாவது அரசு
மற்றும் தணியார் பணியில் இருக்கின்றார்களா?
ஆம் எனில் விவரம் குறிப்பிடவும். :
11. பால் விற்பனையில் முன் அனுபவம் விவரம் :

14. பாக்கெட் பால் விற்பனைக்கு தாங்கள்
தேர்ந்தெடுத்துள்ள பகுதி மற்றும் நாளொன்றுக்கு :
எவ்வளவு டோண்டு பால் (மற்றும்) பதப்படுத்தப்பட்ட
பால் விற்பனை செய்ய இயலும்.

15. கொள்முதல் செய்யப்பட்ட பால் பாக்கெட்டுகளை
பால் குளிரூட்டும் நிலையத்தில் இருந்து எடுத்து :
செல்லவும் தங்கள் எல்லைக்குட்பட்ட பகுதியில்
விநியோகம் செய்யவும் போதிய வாகன
வசதி உள்ளதா?

உறுதி மொழி

மேலே கொடுக்கப்பட்ட விபரங்கள் அனைத்தும் உண்மையே. உண்மைக்கு மாறாக
தகவல்கள் ஏதாவது பிற்காலத்தில் கண்டு பிடிக்கப்பட்டால் என் மீது நிர்வாகம் தக்க
நடவடிக்கை எடுப்பதற்கும், எனக்கு வழங்கப்பட்ட முகவர் உரிமத்தினை எந்த நேரத்திலும்
ரத்து செய்வதற்கு மற்றும் ஒன்றிய நிர்வாகம் எடுக்கும் எவ்வித நடவடிக்கைக்கும் நான்
கட்டுபட்டுவேன் என உறுதி அளிக்கிறேன்.

நாள்:

இடம்:

விண்ணப்பதாரர் கையொப்பம்