



ہیلتھ انفارمیشن مینجمنٹ سروسز (Health Information Management Services)

(Application form for death verification/Ammendment Letter) درخواست برائے تصدیق نامہ وفات یا تبدیلی

فارم-ایف (Form-F)

تاریخ (Date) _____

متوفی کا میڈیکل ریکارڈ نمبر (Deceased's Medical Record #) _____

متوفی کا نام (Name of Deceased) _____

تاریخ وفات (Date of Death) _____

درخواست کنندہ کا مکمل نام (Full name of Applicant) _____

متوفی سے رشتہ (Relationship with the Deceased) _____

فون نمبر (Contact #) _____

وجہ حصول یا تبدیلی (Please Specify Reason) _____

تبدیلی درکار ہے: (Change to) _____

حلف نامہ: اوپر جو کچھ بیان ہے وہ میری معلومات اور یقین (ایمان) کے مطابق درست ہے اور کوئی حقائق چھپائے نہیں گئے ہیں

(the above statement is true and correct to the best of my knowledge and belief and nothing has been concealed)

درخواست کنندہ کے دستخط (Applicant's Signature) _____

نوٹ:

۱۔ خاندان کے قریبی افراد تصدیق نامہ جمع کروانے کے مجاز ہوں گے۔ (Only immediate family member is authorized to submit/Collect the letter in person)

۲۔ درخواست فارم کے ساتھ باقاعدگی کارڈ متوفی اور درخواست کنندہ مع ۳۰۰ روپے اجراء فیس جمع کرنا ضروری ہے

(Copy of C.N.I.C of deceased and applicant along with Rs300/- must be submitted with the Application)

۳۔ درخواست جمع کروانے وقت تصدیق کے لئے اصل شناختی کارڈ متوفی و کندہ لانا لازمی ہے۔

(The original N.I.C of deceased and applicant will have to be produced for verification at the time of the submission of the application)

۴۔ 'ا' پر دی گئی معلومات صحیح اور حتمی تصویر کی جائیگی۔ یہ درخواست فارم جمع کروانے کے بعد کوئی تبدیلی قبول نہیں ہوگی

(Information give above will be considered final & authentic No change will be accepted after the submission of this application form)

۶۔ تصدیق نامہ تظیل نہ ہونے کی صورت میں ۳ دن کے بعد جاری کیا جائے گا۔ (the Letter will be issued after 3-4 days)

۷۔ اپنا مطلوبہ ریکارڈ ۴۵ دن کے اندر وصول کر لیں بصورت دیگر (HIMS) اس ریکارڈ کا ذمہ دار نہ ہوگا اور نئی درخواست جمع کرانی ہوگی۔ (Please receive your requested record in 45 days otherwise new request have to be submitted.)

صرف دفتری استعمال کے لئے (For Office Use)

وصول کنندہ درخواست (Application received by) _____

دستخط (Signature) _____

تاریخ (Date) _____

وصول کنندہ تصدیق نامہ (Letter Received by) _____

دستخط (Signature) _____

تاریخ (Date) _____

کیش سلپ نمبر (cash slip #) _____

رقم (Amount): _____

رسید (Receipt)

برائے مہربانی میڈیکل ریکارڈ نمبر _____ کا تصدیق نامہ وفات _____ کو حاصل کیجئے۔ تصدیق نامہ وفات یہ پرچی اپنے ساتھ ضرور لائیں۔

Please collect the letter applied for Deceased Medical Record # on _____. Please bring this slip along with you for collection of letter)

متوفی کا نام: _____ (Deceased Name)

وصول کنندہ درخواست (Application Received By) _____

دستخط (signature) _____

تاریخ (Date): _____

لیاقت میٹشل ہسپتال، ہیلتھ انفارمیشن مینجمنٹ سروسز ڈیپارٹمنٹ، فون نمبر # ۰۲۱-۳۴۴۱۲۰۸۹