



નંબર :

**સુરત મહાનગરપાલિકા****ધી.બી. પી. એમ. સી. એક્ટની કલમ ૩૭૬ (૧) હેઠળના વેપાર ધંધાઓ માટે  
લાયસન્સ મેળવવા માટેનું અરજી ફોર્મ**

અરજદારનું નામ :

હોદ્દો (માલિક / મેનેજર / વહિવટ કર્તા) :

સંસ્થાનું નામ :

મે. નાયબ આરોગ્ય અધિકારી શ્રી,

\_\_\_\_\_ ઝોન,  
સુરત મહાનગરપાલિકા.સવિનય જણાવવાનું કે સુરત શહેરી વિસ્તારમાં વોર્ડ નંબર \_\_\_\_\_ નોંધ નંબર \_\_\_\_\_  
માં \_\_\_\_\_ નો વેપાર ધંધો કરવા પરવાનગી જરૂરી છે તે અંગેનું લાયસન્સ આપવા વિનંતી છે.  
આ લાયસન્સ નવું છે. / રીન્યુ કરવાનું છે.**વિગત**

(૧) સંસ્થાનું નામ :-

(૨) સંસ્થાનું સરનામું :

વોર્ડ નંબર :

ઘર નંબર

વોર્ડનું નામ

શેરીનું નામ

(૩) માલિકનું નામ સરનામું :-

(ભાગીદારી સંસ્થા માટે  
દરેક ભાગીદારના નામ)

(૪) મેનેજર હોય તો નામ સરનામું :-

(૫) વેપાર ધંધાનો પ્રકાર :-

(૬) વેપાર ધંધો છૂટક કે હોલસેલ :-

(૭) જગ્યાનું ક્ષેત્રફળ (ચોરસ મીટરમાં) :-

(૮) વસ્તુનું નામ:-

જથ્થો

૧.

૨.

૩.

૪.

૫.

૬.

(૯) વપરાશમાં લેવાનાર વિજળી \_\_\_\_\_ હોર્સ પાવર શક્તિ.

(૧૦) કારીગર નોકરોની સંખ્યા :-

(૧૧) નિર્દિષ્ટ જગ્યાએ

(અ) પાણીનું કનેક્શન છે / નથી \_\_\_\_\_ (મ્યુ. / પ્રાઇવેટ)

(બ) ડ્રેનેજ કનેક્શન છે / નથી \_\_\_\_\_

ડ્રેનેજ વ્યવસ્થા ન હોય તો શી વ્યવસ્થા છે ?

ખાળકુવો / ખુલ્લી ગટર

આ ધંધાને નિયમન કરવા માટે મહાનગરપાલિકા તરફથી ઘડવામાં આવેલ તમામ નિયમો, પેટા-નિયમો તથા શરતોનું સંપૂર્ણ પાલન કરીશું અને વખતો વખત જે કાંઈ સુચના આપવામાં આવશે તેનો સંપૂર્ણ અમલ કરીશું / કરાવીશું.

આ સાથે લાયસન્સ ફીના રૂા.....રજુ કરું છું.

ઉપર જણાવેલી હકીકત મારી જાણ અને માન્યતા પ્રમાણે સાચી છે અને જો તેમાંની વિગત ખોટી હોય અગર સાચી ન હોય તો પરવાનો રદ થવાને પાત્ર છે.

તારીખ :

અરજદારની સહી અને સિક્કો

ચીફ સેનેટરી ઈન્સ્પેક્ટર / સેનેટરી ઈન્સ્પેક્ટર

વોર્ડ.....

ઉપરોક્ત અરજીવાળી જગ્યાની તપાસ કરી પરવાનો આપવા/ પરવાનો રીન્યુ કરવા લાયક છે કે કેમ તે અંગે વિગતવાર રીપોર્ટ દિન-૭માં કરશો.

તારીખ :

નાયબ આરોગ્ય અધિકારી

મે. સાહેબ,

માંગણીવાળી જગ્યા રૂબરૂ જઈને તપાસેલ છે, અને વિગત નીચે મુજબ છે.

અરજદારને લાયસન્સ આપવા / રીન્યુ કરવા હરકત સરખુ છે / નથી.

તારીખ :

સેનેટરી ઈન્સ્પેક્ટર

વોર્ડ.....

ચીફ સેનેટરી ઈન્સ્પેક્ટર

ચીફ સેનેટરી ઈન્સ્પેક્ટર / સેનેટરી ઈન્સ્પેક્ટર

વોર્ડ.....

અરજદારને પરવાનો આપવા / રીન્યુ કરી આપવા મંજૂર / ના મંજૂર

નાયબ આરોગ્ય અધિકારી

તારીખ :

.....ઓન

સાદર રજુ,

અરજદાર પાસેથી લાયસન્સ ફી વસુલ લેવામાં આવેલ છે.

રસીદ નંબર.....તારીખ.....રૂા.....

ફી વસુલ કરનારની સહી  
હોદ્દો

લાયસન્સ કાર્ડ / બુક મળેલ છે.

તારીખ :

સહી અને હોદ્દો