



বিস্মিল্লাহির রহমানির রাহীম

মার্কেন্টাইল ইসলামী লাইফ ইন্স্যুরেন্স লিমিটেড

ইসলামী শরী'আহ মোতাবেক পরিচালিত

প্রধান কার্যালয় : আল-রাজী কমপ্লেক্স (৯ম তলা) ১৬৬-১৬৭, শহিদ সৈয়দ নজরুল ইসলাম সরণি, পুরানা পল্টন, ঢাকা-১০০০, ফোন : ০২-২২৩৩৫০৭০৪

E-mail: info@milil.com.bd, Web: www.milil.com.bd, Hotline: 09603-001122

গ্রাহক পরিচিতি সম্পর্কিত ফর্ম (KYC Profile Form)

জীবন বীমার প্রস্তাবপত্র

১. এফ, এ কোড

৬৪৬১

প্রস্তাবপত্র নং

২৫২২০০৮ ১০৪১

পলিসি রেফারেন্স নং / পলিসি নং :

তারিখ : ১৫ মেয়াদ : ১২

বীমা পলিসির নাম / শ্রেণি

বার্ষিক পেনশন/বীমা অংক ২১, ২৬, ২০০



২. বীমা গ্রাহকের পরিচিতি :

গ্রাহকের নাম :	বাংলায় : মোহঃ হান্নেকা	জন্ম তারিখ : ১২/১০/১৯৯৬	বয়স :
	ইংরেজিতে : MST. SAEKA	জাতীয়তা : বাংলাদেশী	শিক্ষাগত :
পিতার নাম :	বাংলায় : মোঃ হুমায়ুন কবীর	মাতার নাম : মোঃ হুমায়ুন কবীর	
	ইংরেজিতে :	স্বামী/ স্ত্রীর নাম : মোঃ মোঃ হুমায়ুন	
মোবাইল (বাসা):	টেলিফোন (অফিস) :	মোবাইল : ০১৩২৭-৭৭৭৪৪৪	
ফ্যাক্স :	ই-মেইল :		

৩. পরিচিতিপত্র :

- ক) জাতীয় পরিচয়পত্র নং..... হ্যাঁ ☐ না ☐
- খ) পাসপোর্ট/ড্রাইভিং লাইসেন্স নং..... হ্যাঁ ☒ না ☐
- গ) জন্ম নিবন্ধন সনদ নং..... হ্যাঁ ☐ না ☐
- ঘ) ই-টি আই এন (যদি থাকে)..... হ্যাঁ ☐ না ☐
- ঙ) অন্যান্য (নির্দিষ্টভাবে উল্লেখ করতে হবে) :..... হ্যাঁ ☐ না ☐

৪. স্থায়ী ঠিকানা (বাংলা ও ইংরেজি)

স্বামী : মোঃ হুমায়ুন কবীর	
স্ত্রী : মোঃ হুমায়ুন কবীর	

৫. আবাসিক/বর্তমান ঠিকানা (বাংলা ও ইংরেজি)

৬. গ্রাহকের পেশা (বিস্তারিত)

প্রাথমিক বীমা বণ্টন বিভাগ

পেশাগত ঠিকানা (নাম/পদবি/ঠিকানা) :

৭. গ্রাহকের অর্থের উৎস

বার্ষিক আয় : ৬৫০০০৮

৮. অর্থের উৎস যাচাইয়ের পদ্ধতি

৯. প্রিমিয়াম প্রদান পদ্ধতি

মাসিক ☒ ত্রৈমাসিক ☐ ষান্মাসিক ☐ বার্ষিক ☐ এককালীন ☐

১০. প্রিমিয়ামের পরিমাণ

২০০০০৮

১১. প্রিমিয়াম পরিশোধের মাধ্যম

(ক) ব্যাংক (তথ্যাদিসহ) (খ) নগদ

১২. মনোনীত ব্যক্তি সম্পর্কিত তথ্য :

মনোনীত ব্যক্তির নাম :	মোঃ হুমায়ুন কবীর	সম্পর্ক :	ছেলে	বয়স : ২৬	শতকরা : ১০০%
মনোনীত ব্যক্তির নাম :		সম্পর্ক :		বয়স :	শতকরা :
মনোনীত ব্যক্তির নাম :		সম্পর্ক :		বয়স :	শতকরা :
অভিভাবকের নাম :		সম্পর্ক :		বয়স :	

১৩. বীমা গ্রাহকের ঝুঁকি নির্ধারণ :

☐ নিম্ন ☐ উচ্চ

১৪. মন্তব্য :

পলিসি সংশ্লিষ্ট কর্মকর্তার উপস্থিতিতে মার্কেন্টাইল ইসলামী লাইফ ইন্স্যুরেন্স লিমিটেডের স্বাক্ষর (সিল ও তারিখ)

গ্রাহকের স্বাক্ষর



অবলম্বন কর্মকর্তার উপস্থিতিতে মার্কেন্টাইল ইসলামী লাইফ ইন্স্যুরেন্স লিমিটেডের স্বাক্ষর (সিল ও তারিখ)

১৫. সহযোগী বীমা :

☐ DIAB

☐ PDAB

☐ HI

১৬. আপনার জীবনের উপর অন্যকোন বীমা থাকলে অথবা আবেদন করে থাকলে বিবরণ দিন :

পলিসি নং	কোম্পানির নাম	বীমা অঙ্ক	বীমা শুরুর তারিখ

১৭. পারিবারিক ইতিহাস

আত্মীয়	সংখ্যা	বর্তমান বয়স	বর্তমান শারীরিক অবস্থা	মৃত্যুকালীন বয়স	মৃত্যুর কারণ	মৃত্যুর সন
পিতা	১	৭৪	বন			
মাতা	১	৬৮	বন			
ভাই	১	৬৪	বন			
বোন	১	৬২	বন			
স্বামী/স্ত্রী	১	৫৬	বন			
ছেলে	১	২৬	বন			
মেয়ে	১	২৪	বন			

১৮. স্বাস্থ্য সম্পর্কিত বিবৃতি (সকল প্রশ্ন এই আবেদনপত্রের প্রথম পৃষ্ঠায় উল্লিখিত প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহক সম্পর্কিত)

ক. উচ্চতা..... ৫'৬" ফুট..... ৬ ইঞ্চি অথবা..... মিঃ..... সেঃ মিঃ.....	বুকের মাপ পূর্ণ শ্বাস নিয়ে	ইঞ্চি..... ৩৫	সেঃ মিঃ.....
ওজন..... ৫৬ পাউন্ড/কেজি সনাক্তকারী চিহ্ন.....	শ্বাস ত্যাগের পর	ইঞ্চি..... ৩৫	সেঃ মিঃ.....
	নাভি বরাবর পেটের মাপ	ইঞ্চি..... ৩৪	সেঃ মিঃ.....

খ. আপনি কি সম্পূর্ণ সুস্থ?

গ. পূর্ববর্তী বছরে ওজন পরিবর্তন হয়েছে কি? কী কারণে পরিবর্তন হয়েছে?

ঘ. আপনার কি কোন ব্যক্তিগত চিকিৎসক বা পারিবারিক ডাক্তার আছে?

ঙ. i. আপনি কি ধূমপান বা তামাক জাতীয় দ্রব্য গ্রহণ করেন?

ii. আপনি কি ধূমপান বা তামাক জাতীয় দ্রব্য গ্রহণ করতেন এবং ছেড়ে দিয়েছেন? (যদি হ্যাঁ হয়, তবে কারণ ও তারিখ নিচে 'মন্তব্য' এর স্থানে উল্লেখ করুন)

চ. আপনি কি কখনো মাদকাসক্ত ছিলেন বা অতিরিক্ত অ্যালকোহল গ্রহণ করতেন অথবা মাদকাসক্তি নিরাময়ের জন্য চিকিৎসা নিয়েছিলেন?

ছ. আপনার কি শারীরিক বা স্বাস্থ্যগত বৈকল্য ছিল?

জ. আপনি কি কখনো নিম্নলিখিত রোগে ভুগেছেন বা চিকিৎসা নিয়েছেন:

i. শ্বাসকষ্ট, যক্ষা, শ্বাসযন্ত্র ও ফুসফুসের রোগ, বাতজ্বর, উচ্চ রক্তচাপ, বুকে ব্যথা, বুক ধড়ফড়, হৃদযন্ত্রের রক্তনালীর অসুখ?

ii. অস্ত্রের কোন ক্ষত বা পীড়া, হেপাটাইটিস, যকৃতের বা পিত্তথলির কোন রোগ।

iii. মূত্রনালীতে পাথর, মূত্রাশয়ের কোন রোগ, পাকস্থলী বা পেটের অন্য কোন পীড়া।

iv. মৃগীরোগ, মানসিক বা স্নায়বিক গোলযোগ বা রোগ।

v. ডায়াবেটিস, যৌনরোগ, ক্যান্সার, টিউমার অথবা অন্যকোনো রোগব্যাপি বা গুরুতর আঘাত।

vi. চোখ, কান, গলা, পেশী, মস্তিষ্ক অথবা জয়েন্টের কোন সমস্যা।

vii. অসুস্থতা, অপারেশন, মেডিকেল উপদেশ এবং অন্য যেকোনো অসুস্থতা যেগুলো উপরে চিহ্নিত করা হয়নি।

ঝ. আপনি কখনো কি ডায়াগনস্টিক পরীক্ষা যেমন- X-Ray, Ultrasonogram, C.T. Scan, Biopsy, Electrocardiogram রক্ত এবং মূত্র পরীক্ষা করেছেন?

i. আপনি কি বর্তমানে চিকিৎসাধীন?

ii. আপনাকে কখনো অঙ্গ প্রতিস্থাপন করতে বলা হয়েছে / আপনার কি কখনো অঙ্গ প্রতিস্থাপন করতে হয়েছে?

iii. আপনার কখনো মেডিকেল টেস্ট করার প্রয়োজন হয়েছে?

এং. আপনি এইডস সংক্রান্ত চিকিৎসকের পরামর্শ, উপদেশ বা চিকিৎসা পেয়েছেন? এইডস সংক্রান্ত জটিলতা অথবা এইডস সম্পর্কিত অন্যকোনো পরিস্থিতি অথবা যৌন রোগের মধ্যে কোনটি ছিল বলে বলা হয়েছে? আপনার এইচআইভি পরীক্ষা করা হয়েছে? (অনুগ্রহ করে কারণ ও ফলাফল উল্লেখ করুন, অথবা আপনার নিম্নোক্ত উপসর্গগুলো ছিল এবং এখনো ব্যাখ্যা যোগ্য- যেমনঃ ক্রান্তি, ওজন কমে যাওয়া, বড় হয়ে যাওয়া লসিকাগ্রন্থি বা চামড়ায় অস্বাভাবিক দ্রুত ইত্যাদি।)

ট. আপনার জানামতে আপনার পরিবারের নিকটতম কোন সদস্যের কখনো যক্ষা, ডায়াবেটিস, হৃদরোগ, মানসিক রোগ বা আপনার স্বামী/স্ত্রীর কোন এইডস সংক্রামিত অবস্থা ছিল কিনা?

ঠ. আপনি কি বর্তমানে সামরিক বাহিনীর সদস্য, আপনি বা প্রস্তাবিত বীমা গ্রাহকদের কেউ কি কোন ঝুঁকিপূর্ণ খেলায় যেমন - স্কাই ড্রাইভিং, আন্ডার ওয়াটার ড্রাইভিং, হান্ড-গ্লাইডিং, প্যারাসুটিং, পর্বতারোহন, মোটরসাইকেল রেসিং বা নৌকাবাইচ, সার্কিং, স্থলে বা জলে স্কেটিং ইত্যাদি অথবা ফ্লাইং (নিয়মিত) শিডিউলড এয়ারলাইনসের কাজে নিয়োজিত?

ড. আপনার কি দুর্ঘটনা বা জীবন বিমার পূর্ববহাল আবেদন কখনো প্রত্যাখান, স্থগিত, মূল্যায়ন বা অন্য কোনোভাবে পরিবর্তন করা হয়েছে? যদি হয়, তবে প্রতিষ্ঠানের নাম

☒ হ্যাঁ ☐ না

☐ হ্যাঁ ☒ না

☐ হ্যাঁ ☒ না

☐ হ্যাঁ ☒ না

☐ হ্যাঁ ☒ না

☐ হ্যাঁ ☒ না

☐ হ্যাঁ ☒ না

☐ হ্যাঁ ☒ না

☐ হ্যাঁ ☒ না

☐ হ্যাঁ ☒ না

☐ হ্যাঁ ☒ না

☐ হ্যাঁ ☒ না

☐ হ্যাঁ ☒ না

☐ হ্যাঁ ☒ না

☐ হ্যাঁ ☒ না

☐ হ্যাঁ ☒ না

☐ হ্যাঁ ☒ না

☐ হ্যাঁ ☒ না

☐ হ্যাঁ ☒ না

☐ হ্যাঁ ☒ না

☐ হ্যাঁ ☒ না

☐ হ্যাঁ ☒ না

☐ হ্যাঁ ☒ না

☐ হ্যাঁ ☒ না

☐ হ্যাঁ ☒ না

☐ হ্যাঁ ☒ না

☐ হ্যাঁ ☒ না

মন্তব্য : (যদি ১৮ নং প্রশ্নের 'খ' এর উত্তর 'না' হয় অথবা 'গ' থেকে 'ড' পর্যন্ত 'হ্যাঁ' হয় তবে তার বিবরণ নিম্নে লিপিবদ্ধ করুন)

প্রশ্ন নম্বর	নাম	তারিখ	ডাক্তারের নাম, হাসপাতালের নাম, যে কারণে চিকিৎসা ও পরীক্ষা করানো হয়েছে।

১৯. শিশু নিরাপত্তা বীমা/ শিশু শিক্ষা বীমার
প্রস্তাবিত/মনোনীত শিশু সম্পর্কে অতিরিক্ত বিবৃতি
(প্রিমিয়ামদাতা/বীমা গ্রহীতা পূরণ করবেন)

শিশুর ছবি

- ১। প্রস্তাবিত শিশুর পূর্ণ নাম.....
- ২। শিশুর জন্ম তারিখ বয়স উচ্চতা ওজন
- ৩। (ক) শিশু কি বর্তমানে সম্পূর্ণ সুস্থ?
- (খ) তার কোনো অঙ্গহানি বা অঙ্গবৈকল্য বা জন্মগত রোগ আছে কি?.....
- (গ) তাকে ডিপথেরিয়া, ছুপিং কাশি, টাইফয়েড, ধনুষ্ঠংকার, পোলিও, যক্ষা, হাম, জডিস ইত্যাদির প্রতিষেধক টিকা দেয়া হয়েছে কি?
- ৪। শিশুর স্বাস্থ্য সম্পর্কে নিচের প্রশ্নগুলির উত্তর দিন।
- (ক) গত পাঁচ বছরে কখনো একাদিক্রমে ১০ দিনের বেশি অসুস্থ ছিল কি? হ্যাঁ না
- (খ) কখনো স্বাস্থ্য সম্পর্কীয় অনুসন্ধান (এক্স-রে, রক্ত পরীক্ষা ইত্যাদি) বা শৈল্য চিকিৎসার প্রয়োজন হয়েছিল কি? ☐ ☐
- (গ) কখনো আহত হওয়ার দরুন ডাক্তারের চিকিৎসার প্রয়োজন হয়েছিল কি? ☐ ☐
- (ঘ) পাকস্থলী, অন্ত্রের পীড়া, উদরাময় বা আমাশয় রোগে কখনো ভুগেছে কি? ☐ ☐
- (ঙ) কখনো ঘন ঘন কাশি, রক্ত বমি, বাতজ্বর, ব্রংকাইটিস, নিউমোনিয়া, হাঁপানি, শ্বাসযন্ত্রের কোনো পীড়া, হাম, গলগন্ড, চর্ম, চোখ, নাক ও গলার রোগে ভুগেছিলো কি? ☐ ☐
- (চ) উল্লিখিত পীড়া সমূহ ছাড়া অন্যকোন রোগে কখনো কি ভুগেছেন বা স্বাস্থ্য সম্পর্কিত অন্যকোনো অস্বাভাবিকতা আছে কি? ☐ ☐
- কোনো প্রশ্নের উত্তর 'হ্যাঁ' হলে নিম্নে অসুস্থতার প্রকৃতি, তারিখ, চিকিৎসকের নাম ও ঠিকানাসহ বিশদ বিবরণ দিন। ☐ ☐
-
-
-
- ৫। শিশুকন্যার বয়স ৯ বছরের বেশি হলে তার শেষ মাসিকের তারিখ উল্লেখ করুন। D D M M Y Y Y Y

প্রস্তাবিত শিশুর টিপসই

১৯. গুপ্ত মহিলাদের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য

- ক. আপনি কি সন্তান সম্ভবা? ☐ হ্যাঁ ☒ না
- খ. সর্বশেষ মাসিকের তারিখ: ২৬/৬/২৩ ☐ হ্যাঁ ☒ না
- গ. আপনার কখনো মাতৃত্বকালীন জটিলতা, স্তনের অথবা মেয়েলি অঙ্গ প্রতঙ্গের সমস্যা ছিল কি? ☐ হ্যাঁ ☒ না
- ঘ. আপনি কি জরায়ুর পীড়ায় ভুগেছেন, যা ছয় মাসের মধ্যে আপনাকে পুনরায় চিকিৎসা করাতে বলা হয়েছিল অথবা জরায়ুর অন্যকোনো সমস্যা? ☐ হ্যাঁ ☒ না
- চ. স্বামীর জীবনের উপর বীমাকৃত টাকার পরিমাণ (যদি থাকে) : স্বামীর বাৎসরিক আয়: ২৭৫৫০০ ☐ হ্যাঁ ☒ না
- ছ. পেশাবিহীন মহিলার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য বিশেষ শর্ত সাপেক্ষে বীমা গ্রহণে আপনি সম্মত আছেন কি? ☐ হ্যাঁ ☒ না

বীমা প্রস্তাবকের নিজস্ব ঘোষণা

আমি প্রস্তাবিত জীবন বীমা গ্রাহক প্রতিজ্ঞাপূর্বক ঘোষণা করছি যে, উল্লিখিত প্রত্যেকটি প্রশ্নের উত্তর সঠিক ও সত্য। আমি তথ্য প্রদানে কোনো প্রকার অসত্য বা শঠতার আশ্রয় গ্রহণ করিনি। এই প্রস্তাবপত্রে বর্ণিত সকল তথ্য এবং ডাক্তারি পরীক্ষা প্রযোজ্য হলে ডাক্তারি পরীক্ষার সময় আমি যে ঘোষণা প্রদান করেছি তা প্রস্তাবিত বীমা চুক্তির ভিত্তি হিসেবে গণ্য হবে। আমার সম্বন্ধে কোনো প্রকার অনুসন্ধানের প্রয়োজন হলে মার্কেন্টাইল ইসলামী লাইফ ইন্স্যুরেন্স লিমিটেডকে যে কোনো তথ্য অনুসন্ধানের অনুমতি এবং প্রত্যেক ওয়াকিবহাল ব্যক্তিকে যে কোনো তথ্য প্রদান করার অধিকার দিলাম এবং আমার মোট প্রিমিয়ামের শতকরা ২ ভাগ কর্তনপূর্বক তাবাররু তহবিলে জমা করতে সম্মত আছি। উল্লিখিত বিবৃতিতে কোনো অসত্য বর্ণনা থাকলে প্রস্তাবিত বীমা চুক্তি বাতিল হয়ে যাবে এবং প্রদত্ত প্রিমিয়াম বাজেয়াপ্ত হবে। আমি আরো ঘোষণা করছি যে, এই বীমা প্রস্তাব যথাবিহীন বিবেচনার পর প্রথম প্রিমিয়ামের পাকা রশিদ ইস্যু না হওয়া পর্যন্ত প্রস্তাবিত বীমা চুক্তির অধীন মার্কেন্টাইল ইসলামী লাইফ ইন্স্যুরেন্স লিমিটেডের কোন দায় ও দায়িত্ব সৃষ্টি হবে না।

বিশেষ অনুরোধ (যদি থাকে)

বিশেষ দৃষ্টব্য :- এই আবেদনপত্রে স্বাক্ষরের পূর্বে অনুগ্রহ করে নিশ্চিত হউন যে, আবেদনপত্রে দেয়া তথ্য সমূহ সম্পূর্ণ সঠিক। যে কোন ভুল তথ্যের জন্য আবেদন পত্রটি বাতিলযোগ্য হবে।

স্বাক্ষরের তারিখ : ২৬/১২	(১)	২৬/১২/১৭	(২)
		(প্রস্তাবকের স্বাক্ষর)	(প্রস্তাবকের স্বাক্ষর)
স্বাক্ষরের স্থান :		স্বাক্ষর :	
		প্রস্তাবকের পুরো নাম (নিজ হস্তে)	
অভিভাবকের নাম ও স্বাক্ষর (প্রস্তাবক অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে)			

উন্নয়ন কর্মকর্তার গোপনীয় প্রতিবেদন

১। আপনি কত দিন যাবৎ প্রস্তাবককে চেনেন?	দীর্ঘ দিন যাবৎ
২। তাঁর সঙ্গে আপনার শেষ সাক্ষাৎ কবে হয়েছিল?	২ দিন ২৫/১২
৩। আপনি কি কখনো তার অসুস্থতার সংবাদ জেনেছেন বা শুনেছেন? যদি জেনে/ শুনে থাকেন, তবে তার রোগের বিস্তারিত তথ্য এবং তিনি কখন কোন রোগে ভুগেছিলেন লিখুন। যদি অবহিত থাকেন তবে, তার চিকিৎসকের নাম ও ঠিকানা লিখুন।	না
৪। আপনি কি মনে করেন, তিনি রোগমুক্ত ও সুস্বাস্থ্যের অধিকারী?	হ্যাঁ
৫। আপনি কি নিশ্চিত যে তার অভ্যাস ও জীবনযাত্রা প্রণালী স্বাভাবিক এবং তার স্বাস্থ্যের জন্য ঝুঁকিপূর্ণ নয়?	হ্যাঁ
৬। তার সঠিক পেশা কি? পেশার বিস্তারিত বিবরণ লিখুন।	পল্লী - বঙ্গো, মন
৭। তার আর্থিক অবস্থা সম্বন্ধে আপনার সুস্পষ্ট ধারণা কি? তার আনুমানিক বার্ষিক আয় ও ব্যয় কত এবং আয়ের উৎস কি?	আয়- ৬০০০০০ ব্যয়- ২৫০০০০
৮। আপনি কি মনে করেন, প্রস্তাবিত বীমা অঙ্ক (পূর্ববর্তী কোন বীমা থাকলে তার অঙ্কসহ) তার আয়ের সঙ্গে সমজস্যপূর্ণ?	হ্যাঁ
৯। প্রস্তাবপত্র ও সংশ্লিষ্ট পত্রাদির সকল প্রশ্নের উত্তর আপনার ধারণার সঙ্গে সমজস্যপূর্ণ বলে মনে করেন কি?	হ্যাঁ
১১। আপনি কি মনে করেন যে, পেশা বা জীবনযাত্রা প্রণালী, দলীয় বা প্রাতিষ্ঠানিক সংস্রবহেতু প্রস্তাবকের জীবনের উপর অতিরিক্ত কোন মারাত্মক ঝুঁকি বিদ্যমান?	না

ফ্যা ইনস্যুরেন্স অ্যাসোসিয়েট স্বাক্ষর : পূর্ণ নাম : কোডনং : তারিখ :	জোনাল ইনচার্জ বা তদুর্ধ্ব পর্যায়ের কর্মকর্তা প্রস্তাবপত্রের তথ্যসমূহ সঠিক, আমি উল্লিখিত তথ্য যাচাই করেছি। স্বাক্ষর : পূর্ণ নাম : পদমর্যাদা : কোডনং : তারিখ :
---	--

Md. Saidur Rahman
 SVP-7972 & In-Charge
 Mercantile-Islami Life Ins. Ltd.
 Bogura Service Center, Bogura.

1994

1990-1991 1991-1992

1944

ALL INFORMATION CONTAINED HEREIN IS UNCLASSIFIED

三、二、一、开始！

—

THE

1990

1994-1995

1990

MIDRUSTOM ALI

1957-04-10

ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS

1951

REPUBLIC OF BANGLADESH

EL0080234

SALEKA

MST

BANGLADESH

1992

12 OCT 1993

U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE

1

BOGURA

1944-1945 / 1946-1947

13 NOV 2022

संस्कृत-संज्ञा-सूची

12 NOV 2027

19931018895037

19931018895037

454

BR0021607

CONFIDENTIAL - SECURITY INFORMATION

DIP / DHAKA

Model / Holder: S-geant

[illegible]

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ
জন্ম ও মৃত্যু নিবন্ধকের কার্যালয়
সুঘাট ইউনিয়ন পরিষদ
শেরপুর, বগুড়া
জন্ম সনদ

(বিবি- ৯, জন্ম ও মৃত্যু নিবন্ধন (ইউনিয়ন পরিষদ) নির্দেশনা, ২০০৬)
(জন্ম নিবন্ধন বহি বইতে উদ্ধৃত)

নিবন্ধন বহি নং ৩

নিবন্ধনের তারিখ: ০৭-০৩-২০০৮

সনদ ইস্যুর তারিখ: ০৯-১০-২০১৮

জন্ম নিবন্ধন নম্বর: ১৯৯৭১০১৮৮৯০০১০৮২৮

নাম: মো: সেলিম রেজা

জন্ম তারিখ: ২০-০৮-১৯৯৭

বিশেষ এপ্রিল টিনিশ শাত সাতানব্বই

লিঙ্গ: পুরুষ

জন্ম স্থান: গ্রাম: জোড়গাছা, পো: সুঘাট
উপজেলা: শেরপুর, জেলা: বগুড়া

পিতার নাম: মো: কুদ্দুস

জাতীয়তা: বাংলাদেশী

মাতার নাম: মোহা: সোলেকা

জাতীয়তা: বাংলাদেশী

স্থায়ী ঠিকানা: গ্রাম: জোড়গাছা, পো: সুঘাট
উপজেলা: শেরপুর, জেলা: বগুড়া

(ইউপি সচিব - স্বাক্ষর ও সিল)

(নিবন্ধকের স্বাক্ষর ও সিল)

(নিবন্ধকের কার্যালয়ের সীলমোহর)

জন্মসনদের অংশ বাজির জন্য সনদ পরবর্তী সময়ে আরও মতিয়া কোড ও শেখ ১২৭ আদ্য দানো প্রদত্ত।