



राष्ट्रीय पुनरीक्षित क्षय नियंत्रण कार्यक्रम, लखनऊ  
निजी क्षेत्र हेतु पंजीकरण प्रपत्र (डी.बी.टी.)

चिकित्सा इकाई का नाम .....

एम.सी.आई. पंजीकरण संख्या .....

क्लीनिक/नर्सिंग होम पंजीकरण संख्या .....

निदेशक/चिकित्सक का नाम .....

पिता/पति का नाम .....

पता (पिन कोड सहित) .....

मोबाइल नम्बर .....

आधार संख्या .....

खाता संख्या (डी.बी.टी. हेतु खाते का विवरण) .....

बैंक का नाम एवं शाखा .....

आई.एफ.एस.सी. कोड .....

ई-मेल आई.डी. ....

हस्ताक्षर

निदेशक/चिकित्सक

कार्यालय उपयोगार्थ

नि:क्षय आई.डी. संख्या .....

पासवर्ड .....

सम्बन्धित टी.बी. यूनिट .....

एस.टी.एस./टी.बी.एच.वी. का नाम .....

मोबाइल नम्बर .....

हस्ताक्षर एस.टी.एस./टी.बी.एच.वी.