Application Form for Obtaining Information
މަޢުލޫމާތު ހޯދަން އެދޭ ފޯމު
މަޢުލޫމާތައް އެދޭ ފަރާތުގެ ނަން : Applicant name:
ގުޅުމަށް ބޭނުންވާ ގޮތް : Preferred method of contact:
ފެކްސް : Fax: ފޯނު: Phone:
އީމެއިލް : Email: މޯބައިލް: Mobile:
ޕޯސްޓް : Post:
ހޯދަން އެދޭ މަޢުލޫމާތުގެ ތަފުޞީލު : Details of information required:
މަޢުލޫމާތު ލިބުމަށް އެދޭގޮތް (ބޭނުންވާ ގޮޅިއެއްގައި ފާހަގަ ޖަހާ) : Preferred access type(tick one(:
އީމެއިލް Document/s sent to me by email
ފޮޓޯކޮޕީ Photocopy of document/s (charges may apply)
މަޢުލޫމާތު ހިމެނޭ ލިޔުންތައް ބަލައިލުމަށް Inspect document/s
މަޢުލޫމާތު ހިމެނޭ ލިޔުންތަކުގެ ކޮޕީއެއް ޑިޖިޓަލް ސްޓޯރޭޖް Copy of document/s on a digital storage device
ޑިވައިސްއެއްގައި
I/we hereby agree to pay for the cost (if any) of obtaining and delivery of the information requested.
މަގައި ބަޔާން ކޮށްފައިވާ މަޢުލޫމާތު ހޯދުމަށް ޚަރަދެއް ހިނގާނަމަ، އެ ޚަރަދެއް ދިނުމަށް އެއްބަސްވަމެވެ.
ސޮއި Signature/ ނަން/Name
P: +960 330 4017, F: +960 300 6062 office@transparencymaldives.org www.transparencymaldives.org