



গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
বন্দ্র অধিদপ্তর

ডেফার্ড পেমেন্ট এর সুপারিশের আবেদন ফরম

১.	শিল্প প্রতিষ্ঠানের নাম:		
২.	ঠিকানা (ক) অফিস: বাড়ী/প্লট/হোল্ডিং নং-		
	গ্রাম/সড়ক নং/এলাকা:		
	থানা/উপজেলা:	শহর/জেলা:	
	ফোন:	ফ্যাক্স:	ই-মেইল:
	(খ) কারখানা: বাড়ী/প্লট/হোল্ডিং নং-		
	গ্রাম/সড়ক নং/এলাকা:		
	থানা/উপজেলা:	শহর/জেলা:	
	ফোন:	ফ্যাক্স:	ই-মেইল:
৩.	ডেফার্ড পেমেন্ট-এর তথ্যাদি:		
	ডেফার্ড পেমেন্ট-এর মাধ্যমে আমদানিতব্য পণ্যের বিবরণ (প্রয়োজনে প্রতিষ্ঠানের প্যাডে পৃথকভাবে করিতে হইবে)		
	প্রোফরমা ইনভয়েস নম্বর ও তারিখ		
	প্রোফরমা ইনভয়েস এর মূল্য		
৪.	শিল্প উপখাত:		
৫.	নিবন্ধন সনদ নম্বর ও তারিখ:		

আমি/আমরা এই মর্মে অঙ্গীকার করিতেছি যে, উপরে বর্ণিত তথ্যাবলি সত্য ও সঠিক। কোনো তথ্য অসত্য প্রমাণিত হইলে আইন অনুযায়ী যে শাস্তি আরোপ করা হইবে, তাহা মানিয়া লইতে বাধ্য থাকিব।

তারিখ:

স্বাক্ষর:.....

নাম:.....

পদবি :

মোবাইল নম্বর: