Original / Duplicate

FORM VAT- 35

[See Rule -37(1)]

DISPATCH NOTE FROM PRINCIPAL TO AGENT

Serial Number:												Registration No.(TIN)															
1.	Name of Dealer						_			П			П		\prod		$\dot{\Box}$	T	T	_		Г	Г	П			\sqcap
2	Address																										
۷.																	$\overline{}$										
	Bldg. No/ Name/ Area	\vdash		Щ	4	믁	Щ	\sqsubseteq		Н	Щ	믬	Щ	_	Н	씸		<u> </u>	4				L				님
	Town/City	닏		Щ	4	닉	Щ	\sqsubseteq		Ц	Щ	ᆜ	Щ	_	Щ	닏	<u> </u>	4	4	_			L				닏
	District (State)	Ļ		Щ	4	ᆜ	Ц	Ш		Ш	Ц	Щ	Ц	_	Щ	Щ	Щ	╧	_	_	Ц	느	L	L	<u>L</u>	Щ	Ц
	Pin Code	L		Щ	<u> </u>	_	Щ	_	Em	nail	ld		ᆜ	_	Ш			<u>_</u>	_	_	Щ	Щ		Щ	Щ		_
	Telephone Number(s)	L		Ш			Ш			Ш			Ш	ŀ	=AX	N	٥.	L									
3.	3. (a) Name of Agent				\Box					П							\Box	1									
	(b) Registration No.	/IT)	/I)	Н	井	_	닏	Ш	Ш	Ш		\Box	Н		Ш	Ш	Ш	_	_				_	L			Ш
(c) Address																											
	Bldg. No/ Name/ Area				_	_				\Box					П			_	_					Г			\Box
	•	늗		Н	4	믁	Н		Н	Н	Щ	믬	Щ		Н	Ш	\perp	+	ᆛ			L	L	L			님
	Town/City	늗		Щ	4	닉	Щ			Ц		괵	Щ		Щ	Щ	<u></u>	4	ᆜ				L	<u> </u>			닏
	District (State)	\vdash		Щ	4	ᆜ	Щ	Ш	Ш	Ш	Ц	Щ	Щ	_	Щ	Щ	Щ	_	_	_	Ц	느	L	L	Ļ	Щ	닉
	Pin Code	L		Щ	4	ᆜ	Щ		Em	nail	ld [_	_		\square		Ļ	4	_		Щ		Щ	_		_
	Telephone Number(s)	L		Ш		Ш	Ш			Ш		Ш	Ш	ŀ	=AX	(IV	٥.	L	_		Ш	Ш		Ш	Ш	_	_
4.	Date of dispatch of	goo	ds	by 1	he	pr	rinc	cipa	al					(DD /	ММ	/ YYY	Y)									
5.	Description of the g	ood	ls d	lisp	atcl	he	d:	(Er	nclo	ose	all	l ch	nall	an	S W	/ith	the	di	sp	ato	ch	not	e)				
	Challan No Cha	llan	dat	е	1	Name of commodity										Quantity					Estimated						
																	/ V	\perp	Value of goods								
6	Details of the transp		or c	orr	,in	~ +	ho	~~									<u> </u>										
0.	Name		1	an	yırıç	y ı T	П	go M	l	s □		\neg			П			Т	_	_				Г			\Box
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			Н	\dashv	\dashv	Н			Н		П	Н		Н		\forall	╅	┪				Н				Н
	Address						_			_	_		_														_
	Bldg. No/ Name/ Area																										
	Town/City																										
	District (State)					\neg				П								T	T								П
	Pin Code	F		П	Ī	司	П		Em	nail	ld	\exists	ī		$\overline{\sqcap}$		T	Ī	Ī						$\overline{}$		司
	Telephone Number(s)												AX	AX No.							\Box		司				
7.	Registration number of	of the	- ve	hicl	e bı	/ W	/hic	h o	100	ds a	are (dis	— nato	che	ed.		П	_	Г	Т	7	Ŧ	\neg		\equiv	\exists	\exists
•	r togioti attori riambor c	,, ,,,,			ر د د	,	,,,,	9	,00			u.o	pui		<i>-</i>		ш		_	_			_	ш	_		
Place: Sig												Sign	Signature														
Date:						Name							:														
						Status :																					
Verification																											
	I verify that the information given on this form and in its enclosures is true and correct to the best of my knowledge and belief and nothing has been concealed.												пе														
	best of my knowled	ge a	and	be	lief	ar	nd	no	thir	ng I	าลร	be	een	C	onc	cea	ied.										
	Place:															Signature											
	Date:	1						Var	ne								Signaturo										
			Statu											:													