

शपथ पत्र



समक्ष
मुख्य चिकित्साधिकारी
जनपद
उत्तर प्रदेश

प्रमाणित किया जाता है कि मैं,आयु लगभग.....

पुत्र/पुत्री/पत्नी श्री निवासी

..... जनपद का हू तथा शपथपूर्वक निम्न बयान करता हूँ :-

1. यह कि शपथी बोर्ड ऑफ़ इलेक्ट्रो होम्योपैथिक मेडिसिन, उ0प्र0 से एक रजिस्टर्ड इलेक्ट्रो होम्योपैथिक चिकित्सक है जिसका रजिस्ट्रेशन नं0तथा वर्ष तक वैध है। पंजीकरण प्रमाण पत्र की प्रमाणित छाया प्रति संलग्न है।
2. यह कि शपथी हॉस्पिटल/नर्सिंग होम/डायग्नोस्टिक सेण्टर/पैथोलॉजी स्थित में पूर्णकालिक/अंशकालिक/ऑन कॉल कार्यरत हूँ।
3. यह कि शपथी किसी सरकारी/अर्द्धसरकारी/गैरसरकारी/अन्य प्रतिष्ठान में पूर्णकालिक/अंशकालिक/ऑन कॉल कार्यरत नहीं है। यदि कार्यरत है तो सम्पूर्ण विवरण दें।
4. यह कि शपथी उपरोक्त प्रतिष्ठान से जब भी कार्य छोड़ेगा इसकी सूचना प्रतिष्ठान के स्वामी तथा आपके के कार्यालय में एक माह पूर्व दे देगा।

शपथी

स्थान :
दिनांक :

सत्यापन

मैं शपथी उपरोक्त शपथ पत्र की धारा 1 से 4 तक सत्यापित करता हूँ जो कि मेरे निजी ज्ञान से सत्य है। इसमें कुछ भी छिपाया नहीं गया है। अगर कोई भी असत्य तथ्य संज्ञान में आया तो किसी भी कानूनी कार्यवाही के लिये शपथी पूर्ण रूप से जिम्मेदार होगा। आज दिनांक को अपने हस्ताक्षर बनाकर सत्यापित किया।

स्थान :
दिनांक :

शपथी

पंजीकरण हेतु आवेदन-पत्र (प्रारूप)

(समस्त अधिकृत चिकित्सकों एवं प्रतिष्ठानों)

सेवा में
मुख्य चिकित्साधिकारी
जनपद

उत्तर प्रदेश

महोदय,

मेरी क्लीनिक / चिकित्सा प्रतिष्ठान, जिसका विवरण निम्नवत् है, का पंजीकरण करने का कष्ट करें :-

- चिकित्सा प्रतिष्ठान का प्रकार :-.....
 - चिकित्सालय, नर्सिंग होम, मैटर्निटी होम, मेडिकल क्लीनिक, निजी चिकित्सक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्यइ संवायें प्रदान करने हेतु पैथोलॉजी प्रयोगशाला, डायग्नोस्टिक क्लीनिक व अन्य
 - अधिष्ठान व्यक्तिगत अथवा फर्म, सोसाइटी, ट्रस्ट, प्राइवेट लि० या पब्लिक लि० कम्पनी द्वारा संचालित है:-...
- क्लीनिक / प्रतिष्ठान का पता :-
.....
.....
.....
- प्रदत्त चिकित्सा सेवायें :-
.....
- पंजीकृत एवं अधिकृत चिकित्सक / चिकित्सकों का विवरण :-
(जो कार्यरत / नियुक्त / लगायें हुए हैं।)

क्र० सं०	नाम	पिता का नाम	योग्यता / विशेष योग्यता	संस्थान का नाम	पंजी० सं० / बोर्ड का नाम	अंशकालिक / पूर्णकालिकम

- कार्यरत पैरा मेडिकल्स के नाम :-

क्र० सं०	नाम	पिता का नाम	योग्यता / विशेष योग्यता	संस्थान का नाम	पंजी० सं० / बोर्ड का नाम	अंशकालिक / पूर्णकालिकम

संलग्नक :-

- योग्यता, डिग्री, डिप्लोमा, एवं पंजीकरण प्रमाणपत्र राजपत्रित अधिकारी द्वारा प्रमाणित प्रतियाँ।
- मेडिकल संस्थान को संचालित करने वाले अथवा संस्थान के प्रभारी का समर्थन नोटरी द्वारा सत्यापित शपथ-पत्र। (अवश्य भरें)

दिनांक :

स्थान :

दूरभाष :

ई-मेल :

आवेदक के हस्ताक्षर :

(चिकित्सा सेवाये प्रदान करने वाले / चिकित्सा संस्थान के प्रभारी)

नाम :-

पता :-