

आवेदक का शपथ पत्र वर्ष - से - तक के पंजीकरण हेतु

समक्ष : मुख्य चिकित्सा अधिकारी, (जिले का नाम)

प्रमाणित किया जाता है कि मैं, शपथी श्री /..... आयु लगभगवर्ष पुत्र निवासी का हूँ तथा शपथपूर्वक निम्न बयान करता हूँ :-

1. यह कि शपथी मेसर्सस्थित, कास्वामी/भागीदार है और अन्य भागीदार, पॉवर ऑफ एटार्नी होल्डर है, जिसकी भागीदारी डीड/पॉवर ऑफ एटार्नी संलग्न है (नाम भागीदार)।
.....
1
2
3
4
2. यह कि शपथी की यूनिट/प्रतिष्ठान किराये पर है/स्वयं की है, मकान मालिक का नाम उसमें बिजली व्यवस्था है, किराये की रसीद/लीज एग्रीमेन्ट/किरायानामा फोटो सहित संलग्न है, का अस्पताल/नर्सिंग होम/डायग्नोस्टिक सेन्टर/पैथालॉजी/क्लीनिक जिसका ब्ल्यू प्रिन्ट/नक्शा मान्यता प्राप्त आर्किटेक्ट से प्रमाणित संलग्न है, की स्थिति निम्नवत् है, पूर्व में पश्चिम उत्तर दक्षिण है।
3. यह कि शपथी के अस्पताल/नर्सिंग होम/डायग्नोस्टिक सेन्टर/पैथालॉजी/क्लीनिक में निम्नलिखित चिकित्सक/पैरामेडिकल/अन्य के रूप में कार्य करेंगे जिनकी पंजीकरण संख्या तथा प्रमाण-पत्र की वैधता निम्नवत् है (छायाप्रति संलग्न):
4. यह कि शपथी के अस्पताल/नर्सिंग होम/डायग्नोस्टिक सेन्टर/पैथालॉजी/क्लीनिक/अन्य के नाम से अथवा मिलते-जुलते नाम से कोई अन्य यूनिट/प्रतिष्ठान स्थापित नहीं है।
5. यह कि शपथी का प्रतिष्ठान/क्लीनिक/आवासीय/व्यवसायिक/शहरी/ग्रामीण क्षेत्र में स्थित है।
6. यह कि शपथी उपरोक्त यूनिट/प्रतिष्ठान में अस्पताल/नर्सिंग होम/डायग्नोस्टिक सेन्टर/पैथालॉजी/क्लीनिक आदि जिसके लिये पंजीकरण कराया गया है, में उसके अतिरिक्त अन्य कोई कार्य सम्पादित नहीं करेगा। अगर ऐसा पाया गया तो कानूनी कार्यवाही की पूर्ण जिम्मेदारी शपथी की होगी।

शपथी

(.....)
(.....)

स्थान :

दूरभाष संख्या :

मोबाइल नम्बर :

दिनांक :

सत्यापन

मैं शपथीउपरोक्त शपथ- पत्र की धारा-1 से 4 तक सत्यापित करता हूँ जो कि मेरे निजी ज्ञान में सत्य है। पंजीकरण आवेदन पत्र में किसी भी तथ्य का न भ्रामक ढंग से लिखा गया है और न ही इसमें कुछ छिपाया गया है। अगर कोई असत्य तथ्य संज्ञान में आता है तो कानूनी कार्यवाही के लिये शपथी पूर्ण रूप से जिम्मेदार होगा। आज दिनांक को अपने हस्ताक्षर बनाकर सत्यापित किया।

शपथी

(.....)
(.....)

स्थान :

दूरभाष संख्या :

चिकित्सक/ पैरामेडिकल/ अन्य का शपथ पत्र

समक्ष : मुख्य चिकित्सा अधिकारी, (जिले का नाम)

प्रमाणित किया जाता है कि मैं आयु लगभग वर्ष पुत्र
निवासी का हूँ तथा शपथपूर्वक निम्न बयान करता हूँ :-

1. यह कि शपथी भारतीय चिकित्सा परिषद/अन्य/उत्तर प्रदेश फार्मसी/स्टेट मेडिकली काउन्सिल लखनऊ से एक रजिस्टर्ड डाक्टर है जिसका रजिस्ट्रेशन नम्बर..... है जो वर्ष तक वैध है। पंजीकरण प्रमाण-पत्र की छायाप्रति संलग्न है।
2. यह कि शपथी हास्पिटल/नर्सिंग होम/डायग्नोस्टिक सेन्टर/पैथालॉजी/क्लीनिक स्थित में पूर्णकालिक/अंशकालिक/ऑन-कॉल कार्यरत पूर्णकालिक कार्यरत हूँ।
3. यह कि शपथी किसी सरकारी/अर्द्धसरकारी/गैर-सरकारी/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 अधोहस्ताक्षरी कार्यालय को एक माह पूर्व दे देगा।

शपथी

(.....)
(.....)

स्थान :

दूरभाष संख्या :

मोबाइल नम्बर :

दिनांक :

सत्यापन

मैं शपथी उपरोक्त शपथ-पत्र की धारा-1 से 4 तक सत्यापित करता हूँ जो कि मेरे निजी ज्ञान में सत्य है। पंजीकरण आवेदन पत्र में किसी भी तथ्य का न भ्रामक ढंग से लिखा गया है और न ही इसमें कुछ छिपाया गया है। अगर कोई असत्य तथ्य संज्ञान में आता है तो कानूनी कार्यवाही के लिये शपथी पूर्ण रूप से जिम्मेदार होगा।
आज दिनांक को अपने हस्ताक्षर बनाकर सत्यापित किया।

शपथी

(.....)
(.....)

स्थान :

दूरभाष संख्या :