

आवेदक का शपथ—पत्र वर्ष 20..... से 20..... तक के नवीनीकरण हेतु

समक्ष : मुख्य चिकित्सा अधिकारी, (जिले का नाम)

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

1. यह कि शपथी मेंसर्स.....स्थित..... का स्वामी/भागीदार है।
2. यह कि शपथी द्वारा फर्म के स्थान, नाम एवं संविधान में किसी प्रकार का परिवर्तन नहीं किया गया है तथा संविधान वही है जो रजिस्ट्रेशन नम्बर जारी करते समय था।
3. यह कि शपथी के फर्म का रजिस्ट्रेशन जिस स्थान पर कार्य करने के लिये किया गया था उसमें किसी प्रकार का परिवर्तन नहीं किया गया है। पता एवं स्थान वही है जिसकी चौहददी निम्न प्रकार है :- पूर्व..... पश्चिम..... उत्तर दक्षिण मूल रजिस्ट्रेशन प्राप्त करते समय भी चौहददी यही थी।
4. यह कि शपथी के अस्पताल/नर्सिंग होम/डायग्नोस्टिक सेन्टर/पैथालॉजी/अन्य प्रतिष्ठान में श्री/श्रीमती/कु..... पुत्र/पत्नी/पुत्रीयोग्य व्यक्ति के रूप में कार्य कर रहे हैं एवं इसमें कोई परिवर्तन नहीं किया गया है, पूर्ववत ही है।
5. यह कि चिकित्सक/पैरामेडिकल/अन्य कार्यरत हैं, जिनका रजिस्ट्रेशन संख्या वर्ष..... तक नवीनीकरण है, की प्रमाणित छायाप्रति शपथ-पत्र के साथ संलग्न है।
6. यह कि शपथी ने अस्पताल/नर्सिंग होम/डायग्नोस्टिक सेन्टर/क्लीनिक/अन्य के नाम से अथवा मिलते जुलते नाम से कोई अन्य प्रतिष्ठान नहीं खोले हैं।
7. यह कि शपथी ने जिसके लिये पंजीकरण प्राप्त किया था, उसके अतिरिक्त अन्य कोई कार्य सम्पादित नहीं किया जा रहा है। अगर सम्पादित करते हुये पाया गया तो कानूनी कार्यवाही के लिये शपथी पूर्ण रूप से जिम्मेदार होगा।

स्थान :

शपथी

दूरभाष संख्या :

मोबाइल नम्बर :

ई - मेल :.....

(.....)

.....

.....

सत्यापन

मैं शपथी उपरोक्त शपथ-पत्र की धारा-1 से 7 तक सत्यापित करता हूँ जो मेरे निजी ज्ञान में सत्य हैं। नवीनीकरण आवेदन पत्र में किसी भी तथ्य को न तो भ्रामक ढंग से लिखा गया है और न ही इसमें कुछ छिपाया गया है। अगर कोई भी असत्य तथ्य संज्ञान में आता है तो कानूनी कार्यवाही के लिये शपथी पूर्ण रूप से जिम्मेदार होगा।

आज दिनांक के अपने हस्ताक्षर बनाकर सत्यापित किया।

स्थान :

शपथी

दूरभाष संख्या :

मोबाइल नम्बर :

ई - मेल :.....

(.....)

.....

.....

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 :