

दूरभाष सं०

पंजीकरण हेतु आवेदन-पत्र (प्रारूप)

(समस्त अधिकृत चिकित्सकों एवं प्रतिष्ठानों)

सेवा में

मुख्य चिकित्सा अधिकारी,
लखनऊ।

महोदय,

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

- चिकित्सा प्रतिष्ठान का प्रकार :
(अ) चिकित्सालय, नर्सिंग होम, मेटरनिटी होम, मेडिकल क्लिनिक, निजी चिकित्सक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने हेतु पैथोलॉजी प्रयोगशाला, डायग्नोस्टिक क्लिनिक व अन्य
(ब) अधिष्ठान व्यक्तिगत है अथवा फर्म, सोसाइटी, ट्रस्ट, प्रा० लि० या पब्लिक लि० द्वारा संचालित है :
- क्लीनिक/प्रतिष्ठान का पता :
- प्रदत्त चिकित्सा सेवायें :
- प्रजीकृत एवं अधिकृत चिकित्सक/चिकित्सकों का विवरण :-
(जो कार्यरत/नियुक्त/लगायें हुए हैं।)

क्र० सं०	नाम	पिता का नाम	योग्यता/विशेष योग्यता	संस्था का नाम	पंजी० सं०/बोर्ड का नाम	अंशकालिक/पूर्णकालिक

5. कार्यरत पैरामेडिकल्स अन्य के नाम

क्र० सं०	नाम	पिता का नाम	योग्यता	संस्था का नाम	पंजी० सं०/बोर्ड का नाम	अंशकालिक/पूर्णकालिक

नोट :- अपूर्ण फार्म स्वतः निरस्त हो जायेगा।

संलग्नक :-

- योग्यता, डिग्री, डिप्लोमा, अन्य पंजीकरण प्रमाण पत्र की राजपत्रित अधिकारी द्वारा प्रमाणित प्रतियाँ।
- मेडिकल संस्थान को संचालित करने वाले अथवा संस्थान के प्रभारी का समर्थन नोटरी द्वारा सत्सापित शपथ पत्र। (अवश्य भरे)

दिनांक :

स्थान :

दूरभाष :

ई-मेल :

नाम :

पता :

आवेदक के हस्ताक्षर

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