

दूरमाष सं०

पंजीकरण हेतु आवेदन-पत्र (प्रारूप)
(समस्त अधिकृत चिकित्सकों एवं प्रतिष्ठानों)

सेवा में,

मुख्य चिकित्सा अधिकारी,

लखनऊ।

महोदय,

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

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

क्र० सं०	नाम	पिता का नाम	योग्यता/विशेष योग्यता	संस्था का नाम	पंजी० सं०/बोर्ड का नाम	असकारितिक/पूरुष्कारितिक

5. कार्यरत पैरामेडिकल्स अन्य के नाम

क्र० सं०	नाम	पिता का नाम	योग्यता	संस्था का नाम	पंजी० सं०/बोर्ड का नाम	असकारितिक/पूरुष्कारितिक

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 सत्यापित शपथ पत्र।
(अवश्य करें)

दिनांक :

स्थान :

दूरमाष :

ई-मेल :

आवेदक के हस्ताक्षर

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

नाम :

पता :

प्रेषक,

महानिदेशक
चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवायें,
उत्तर प्रदेश, लखनऊ।

सेवा में,

समस्त मुख्य चिकित्सा अधिकारी,
उत्तर प्रदेश।

पत्रांक: 11फ/2477

लखनऊ, दिनांक 05 मई, 2018

विषय:—अवमाननावाद रिट पिटीशन संख्या-820/02 राजेश कुमार श्रीवास्तव बनाम एपीओ सिंह व अन्य में
समय-समय पर जारी मा0 उच्च न्यायालय के आदेशों के अनुपालन में झोलाछाप चिकित्सकों के
विरुद्ध कार्यवाही/पंजीकरण/नवीनीकरण के संबंध में।

महोदय,

उपरोक्त विषयक कृपया महानिदेशालय के पत्र संख्या-11फ/शिविर/2007-08/523, दिनांक
20.04.2007(छायाप्रति संलग्न) का संदर्भ ग्रहण करने का कष्ट करें।

उक्त के क्रम में अवगत कराना है कि प्रश्नगत रिट पिटीशन में मा0 उच्च न्यायालय, इलाहाबाद
द्वारा समय-समय पर जारी आदेशों के अनुपालन में आप द्वारा निजी चिकित्सकों/नर्सिंग होम/
डायग्नोस्टिक सेन्टर्स/पैथालोजी व अन्य का पंजीकरण तथा नवीनीकरण का कार्य किया जा रहा है।

उपरोक्त के साथ ही मा0 उच्च न्यायालय, इलाहाबाद द्वारा समय-समय पर जारी आदेशों एवं
मेडिकल काउंसिल आफ इण्डिया, नई दिल्ली के पत्र दिनांक 10.08.2010(छायाप्रति संलग्न) में दिये गये
निर्देशानुसार निम्नलिखित प्रक्रिया का पालन किया जाय:-

1. नवीनी पंजीकरण पूर्ववत् स्वीकृत प्रक्रिया के अधीन होंगे, जिसमें आवेदक चिकित्सक जो नया व्यवसाय प्रारम्भ कर रहा है, मूल प्रमाण-पत्र फोटोयुक्त आवेदन पत्र तथा प्रमाणित छायाप्रतियाँ आदि सहित मुख्य चिकित्सा अधिकारी कार्यालय में स्वयं भौतिक रूप से पंजीकरण के लिए उपस्थित होगा। मा0 उच्च न्यायालय के आदेशानुसार जनपद में पंजीकरण की प्रक्रिया प्रत्येक वर्ष 30 अप्रैल तक पूर्ण कर ली जाय। इस हेतु प्रत्येक जनपद में मुख्य चिकित्सा अधिकारी द्वारा माह अप्रैल से पूर्व कम से कम दो बार स्थानीय प्रमुख समाचार पत्रों में विज्ञप्ति के माध्यम से सूचित कर दिया जाय।
2. मा0 उच्च न्यायालय के आदेशानुसार यदि किसी चिकित्सक के अधिष्ठान में समय, सुविधाओं अथवा मानव संसाधन के संबंध में किसी प्रकार का परिवर्तन किया जाता है, तो पूर्व पंजीकरण के समय दिये गये विवरण में भिन्न है, की सूचना तत्काल मुख्य चिकित्साधिकारी को 30 दिन के अन्दर देनी अनिवार्य होगी, ताकि समस्त अभिलेखों में तदनुसार संशोधन किया जा सके। प्रत्येक वर्ष 01 मई से अवशेष पंजीकरण के लिए लम्बित चिकित्सा व्यवसाय में लगे व्यक्तियों की सूची तैयार कर जनपद के पुलिस अधीक्षक को छापामारी कार्यवाही करने हेतु प्रेषित की जाय। यदि कोई वैध व्यक्ति/संस्थान पंजीकरण कराना चाहता है, तो मा0 न्यायालय के समक्ष विलम्ब का कारण स्पष्ट करते हुए पंजीकरण हेतु अपना आवेदन पत्र प्रस्तुत करें।
3. मा0 उच्च न्यायालय के आदेशानुसार चिकित्सकीय स्नातक/परास्नातक डिग्री प्रदान करने वाले संस्थान/मेडिकल कालेज से सम्बद्ध चिकित्सालयों का पंजीकरण प्रमुख सचिव, चिकित्सा, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उ0प्र0 शासन के समक्ष स्वयं उपस्थित होकर नियमानुसार सम्पूर्ण कार्यवाही करते हुए आवेदन पत्र निर्धारित प्रपत्र पर प्रत्येक वर्ष 30 अप्रैल तक अवश्य प्रस्तुत करें।
4. पूर्व में पंजीकृत चिकित्सक जिनके संस्थान/क्लीनिक आदि में किसी प्रकार का परिवर्तन न हुआ हो, उनके द्वारा अपने पंजीकरण के नवीनीकरण के लिए मूल आवेदन पत्र (जिस पर प्रथम बार पंजीकरण अंकित किया गया था की छायाप्रति के साथ) पंजीकृत डाक से एक सेल्फ पते के पंजीकृत लिफाफे के साथ सक्षम अधिकारी को भेजकर नवीनीकरण करा सकेंगे। मुख्य चिकित्साधिकारी का यह दायित्व होगा कि वह इस प्रकार से प्राप्त नवीनीकरण के आवेदन के आवेदन पत्र नवीनीकृत कर, आवेदक को अधिकतम एक सप्ताह में उपलब्ध कराये गये उनके पंजीकृत सेल्फ पते के लिफाफे में डाक द्वारा भेजना सुनिश्चित करेंगे।
5. पंजीकरण का समस्त कार्य नि:शुल्क किया जायेगा तथा पंजीकरण की शेष व्यवस्था मा0 उच्च न्यायालय व पूर्व में निर्गत शासनादेशों में निहित निर्देशों के अनुरूप होगी।

कार्यालय मुख्य चिकित्सा अधिकारी

पण्डित दीनदयाल उपाध्याय भवन, 4-पण्डित नगर, कैसरबाग
लखनऊ। दूरभाष : 0522-2622080/2611132 फ़ैक्स : 0522-2611192
E-mail : panjikaran.cmolko@gmail.com

क्लीनिक (केवल परामर्शी) के पंजीकरण/नवीनीकरण हेतु वॉछित अभिलेखों की सूची

1. आवेदक का प्रार्थना-पत्र एवं फोटोयुक्त शपथ पत्र।
2. आवेदक का निवास प्रमाण पत्र/फोटोयुक्त पहचान पत्र।
3. भवन स्वामित्व का प्रमाण पत्र (रजिस्ट्री/पट्टा विलेख)। किराये के भवन में स्थित होने की दशा में किरायानामा/किराये की रसीद/अनुबन्ध-पत्र की प्रति एवं भू-स्वामी द्वारा निर्गत अनापत्ति प्रमाण पत्र)।
4. प्रतिष्ठान का व्यवसायिक उपयोग किये जाने सम्बन्धी प्रमाण पत्र।
5. प्रतिष्ठान में कार्यरत चिकित्सक की डिग्री, पंजीकरण प्रमाण पत्र का फोटोयुक्त शपथ पत्र।
6. नवीनीकरण की स्थिति में मुख्य चिकित्सा अधिकारी, लखनऊ द्वारा निर्गत पंजीकरण की प्रति।
7. चिकित्सक/पैरामेडिकल/अन्य कार्मिकों का प्रतिष्ठान में कार्य करने का सहमति पत्र।
8. अपशिष्ट निस्तारण प्रमाण पत्र व प्रदूषण नियन्त्रण सम्बन्धी प्रमाण पत्र (केवल डेन्टल क्लीनिक हेतु)।
9. वापसी पत्राचार हेतु चिकित्सा प्रतिष्ठान का पता लिखे हुए 2 लिफाफे (आवेदन-पत्र के आकार का) जिस पर पंजीकृत/स्वीड पोस्ट हेतु वॉछित पोस्टेज स्टैम्प चरपा हो।

विशेष : भविष्य में पत्राचार हेतु वैद्य ई-मेल आईडी अवश्य अंकित करें।

निजी चिकित्सालय/नर्सिंग होम्स/डायग्नोस्टिक सेन्टर/पैथालॉजी/नर्सिंग होम/चिकित्सालय के पंजीकरण/नवीनीकरण हेतु वॉछित अभिलेखों की सूची

1. आवेदक का प्रार्थना-पत्र एवं फोटोयुक्त शपथ पत्र।
2. आवेदक का निवास प्रमाण पत्र/फोटोयुक्त पहचान पत्र।
3. भवन स्वामित्व का प्रमाण पत्र (रजिस्ट्री/पट्टा विलेख)। किराये के भवन में स्थित होने की दशा में किरायानामा/किराये की रसीद/अनुबन्ध-पत्र की प्रति एवं भू-स्वामी द्वारा निर्गत अनापत्ति प्रमाण पत्र)।
4. पार्टनरशिप डीड/रजिस्ट्री/पट्टा विलेख व सोसाइटी का पंजीकरण/नवीनीकरण प्रमाण पत्र।
5. प्रतिष्ठान का व्यवसायिक उपयोग किये जाने सम्बन्धी प्रमाण पत्र।
6. भवन का प्रमाणित नक्शा जिसमें चारों दिशाओं की सीमाये स्पष्ट होनी चाहिए तथा क्षेत्रफल अंकित फर्म का नाम व पता अंकित हो।
7. अग्निशमन अधिकारी से अनापत्ति प्रमाण पत्र।
8. अपशिष्ट निस्तारण प्रमाण पत्र व प्रदूषण नियन्त्रण सम्बन्धी प्रमाण पत्र।
9. प्रतिष्ठान में कार्यरत चिकित्सक/पैरामेडिकल की डिग्री/डिप्लोमा/पंजीकरण प्रमाण-पत्र का फोटोयुक्त शपथ पत्र।
10. प्रतिष्ठान में कार्यरत अन्य कर्मचारियों के नाम, अभिभावक का नाम, पूर्ण पता (सम्पर्क सूत्र सहित) की प्रमाणित सूची।
11. नवीनीकरण की स्थिति में मुख्य चिकित्सा अधिकारी, लखनऊ द्वारा पूर्व निर्गत पंजीकरण की प्रति।
12. प्रदत्त सुविधाएँ 1-इन्टरजेन्सी 2 एम्बुलेंस 3 आईसीयू 4 एनआईसीयू 5 बर्न यूनिट 6 ओटी 7 ओपीडी 8 इन्डोर आदि 9 बेडों की संख्या (चिकित्सालय/नर्सिंग होम हेतु)।
13. वापसी पत्राचार हेतु चिकित्सा प्रतिष्ठान का पता लिखे हुए 2 लिफाफे (आवेदन-पत्र के आकार का) जिस पर पंजीकृत/स्वीड पोस्ट हेतु वॉछित पोस्टेज स्टैम्प चरपा हो।

विशेष : भविष्य में पत्राचार हेतु वैद्य ई-मेल आईडी अवश्य अंकित करें।

मुख्य चिकित्सा अधिकारी
लखनऊ

चिकित्सक/पैरामेडिकल/अन्य का शपथ पत्र

समक्ष : मुख्य चिकित्साधिकारी, लखनऊ।

नोटरी से
सत्यापित
फोटो

प्रमाणित किया जाता है कि मैं आयु लगभग
पुत्र/पुत्री/पत्नी श्री निवासी

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

1. यह कि शपथी भारतीय चिकित्सा परिषद/अन्य/उत्तर प्रदेश फार्मसी/स्टेट मेडिकल काउंसिल लखनऊ से एक रजिस्टर्ड डाक्टर/पैरामेडिकल/अन्य है जिसका रजिस्ट्रेशन नं० तथा वर्ष तक वैध है। पंजीकरण प्रमाण पत्र की प्रमाणित छायाप्रति संलग्न है।
2. यह कि शपथी हॉस्पिटल/नर्सिंग होम/डायग्नोस्टिक सेण्टर/पैथॉलोजी स्थित लखनऊ में पूर्णकालिक/अंशकालिक/ऑन कॉल कार्यरत हूँ।
3. यह कि शपथी किसी सरकारी/अर्द्धसरकारी/गैरसरकारी/अन्य प्रतिष्ठान में पूर्णकालिक/आंशकालिक/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 के कार्यालय में एक माह पूर्व दे देगा।

लखनऊ।

दिनांक :

शपथी

चिकित्सक/पैरामेडिकल/अन्य

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 लिए शपथी पूर्ण रूप से जिम्मेदार होगा। आज दिनांक को अपने हस्ताक्षर बनाकर सत्यापित किया।

लखनऊ।

दिनांक :

शपथी