

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 परामर्श) के पंजीकरण/नवीनीकरण हेतु वाँछित अभिलेखों की सूची

1. आवेदक का प्रार्थना-पत्र एवं फोटोयुक्त शपथ पत्र।
2. आवेदक का निवास प्रमाण पत्र/फोटोयुक्त पहचान पत्र।
3. प्रतिष्ठान में कार्यरत चिकित्सक की डिग्री, पंजीकरण प्रमाण पत्र का फोटोयुक्त शपथ पत्र।
4. नवीनीकरण की स्थिति में मुख्य चिकित्सा अधिकारी, लखनऊ द्वारा निर्गत पंजीकरण की छायाप्रति।
5. चिकित्सक/पैरामेडिकल/अन्य कार्मिकों का प्रतिष्ठान में कार्य करने का सहमति पत्र।
6. अपशिष्ट निस्तारण प्रमाण पत्र व प्रदूषण नियन्त्रण संबन्धी प्रमाण पत्र (केवल डेन्टल क्लीनिक हेतु)।
7. वापसी पत्राचार हेतु चिकित्सा प्रतिष्ठान का पता लिखे हुए 2 लिफाफे (आवेदन-पत्र के आकार का) जिस पर पंजीकृत/स्पीड पोस्ट हेतु वाँछित पोस्टेज स्टैम्प चस्पा हो।

विशेष : भविष्य में पत्राचार हेतु वैद्य ई-मेल आई0डी0 अवश्य अंकित करें।

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

1. आवेदक का प्रार्थना-पत्र एवं फोटोयुक्त शपथ पत्र।
2. आवेदक का निवास प्रमाण पत्र/फोटोयुक्त पहचान पत्र।
3. अपशिष्ट निस्तारण प्रमाण पत्र व प्रदूषण नियन्त्रण संबन्धी प्रमाण पत्र।
4. प्रतिष्ठान में कार्यरत चिकित्सक/पैरामेडिकल की डिग्री/डिप्लोमा/पंजीकरण प्रमाण-पत्र का फोटोयुक्त शपथ पत्र।
5. प्रतिष्ठान में कार्यरत अन्य कर्मचारियों के नाम, अभिभावक का नाम, पूर्ण पता (सम्पर्क सूत्र सहित) की प्रमाणित सूची।
6. अग्नि सुरक्षा से सम्बन्धित समस्त व्यवस्थायें मानकानुरूप पूर्ण किये जाने सम्बन्धी पत्र (सम्बन्धित चिकित्सालय के लेटरपैड पर)।
7. नवीनीकरण की स्थिति में मुख्य चिकित्सा अधिकारी, लखनऊ द्वारा पूर्व निर्गत पंजीकरण की प्रति।
8. प्रदत्त सुविधाएँ 1-इमरजेन्सी 2. एम्बुलेन्स 3. आई0सी0यू0 4. एन0आई0सी0यू0, 5. बर्न यूनिट 6. ओटी 7. ओ0पी0डी0 8 इन्डोर आदि 9. बेडों की संख्या (चिकित्सालय/नर्सिंग होम हेतु)।
9. वापसी पत्राचार हेतु चिकित्सा प्रतिष्ठान का पता लिखे हुए 2 लिफाफे (आवेदन-पत्र के आकार का) जिस पर पंजीकृत/स्पीड पोस्ट हेतु वाँछित पोस्टेज स्टैम्प चस्पा हो।

विशेष : भविष्य में पत्राचार हेतु वैद्य ई-मेल आई0डी0 अवश्य अंकित करें।

Type on letterhead of hospital / doctor

To,

Chief medical officer

Lucknow.

Sub. Letter regarding fire safety measures

Sir,

I take all the responsibility to complete fire safety norms in my hospital as per U.P. fire prevention & fire safety act. 2005

Name of the owner of hospital

Hospital name & address

With signature

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 :-

1. चिकित्सा प्रतिष्ठान का प्रकार :
(अ) चिकित्सालय, नर्सिंग होम, मेटरनिटी होम, मेडिकल क्लीनिक, निजी चिकित्सक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवायें 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 :.....
2. क्लीनिक/प्रतिष्ठान का पता :.....
3. प्रदत्त चिकित्सा सेवायें :.....
4. पंजीकृत एवं अधिकृत चिकित्सक/चिकित्सकों का विवरण :-
(जो कार्यरत/नियुक्त/लगाये हुये हैं।)

क्र० सं०	नाम	पिता का नाम	योग्यता/विशेष योग्यता	संस्था का नाम	पंजी०सं०/बोर्ड का नाम	अंशकालिक/पूर्णकालिक

5. कार्यरत पैरामेडिकल्स अन्य के नाम :-

क्र० सं०	नाम	पिता का नाम	योग्यता	संस्था का नाम	पंजी०सं०/बोर्ड का नाम	अंशकालिक/पूर्णकालिक

नोट :- अपूर्ण फार्म स्वतः निरस्त हो जायेगा।

संलग्न :-

1. योग्यता, डिग्री, डिप्लोमा, अन्य पंजीकरण प्रमाण पत्र की राजपत्रित अधिकारी द्वारा प्रमाणित प्रतियाँ।
2. मेडिकल संस्थान को संचालित करने वाले अथवा संस्थान के प्रभारी का समर्थन नोटरी द्वारा सत्यापित शपथ पत्र।

(अवश्य भरे)

दिनांक :

स्थान :

दूरभाष संख्या :

नाम :

पता :

आवेदक के हस्ताक्षर

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

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/स्टेड 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

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

नोटरी से
सत्यापित
फोटो

समक्ष : मुख्य चिकित्साधिकारी, लखनऊ।

प्रमाणित किया जाता है कि मैं, शपथी आयु
लगभग पुत्र/पुत्री/पत्नी श्री निवासी
..... जनपद का हूँ तथा शपथ पूर्वक निम्न बयान करता हूँ :-

1. शपथी मेसर्स स्थित
..... का 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. शपथी के फर्म का रजिस्ट्रेशन जिस स्थान पर कार्य करने के लिए किया गया था, उसमें किसी प्रकार परिवर्तन नहीं किया गया है। पता एवं स्थान वही है जिसकी चौहद्दी निम्न प्रकार है :- पूर्व पश्चिम उत्तर दक्षिण मूल रजिस्ट्रेशन प्राप्त करते समय भी चौहद्दी यही थी।
4. यह कि शपथी के अस्पताल/नर्सिंग होम/डायग्नोस्टिक सेन्टर/पैथालॉजी/अन्य प्रतिष्ठान में, श्री/श्रीमती/कु0 पुत्र/पुत्री/पत्नी श्री योग्य व्यक्ति के रूप में कार्य कर रहे हैं एवं इसमें कोई परिवर्तन नहीं किया गया है, पूर्ववत् ही हैं।
5. चिकित्सक/पैरामेडिकल/अन्य कार्यरत हैं, जिनका रजिस्ट्रेशन सं0 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 जिसके लिए पंजीकरण प्राप्त किया था, उसके अतिरिक्त अन्य कोई कार्य सम्पादित नहीं किया जा रहा है। अगर सम्पादित करते हुए पाया गया तो कानूनी कार्यवाही के लिए शपथी पूर्ण रूप से जिम्मेदार होगा।

लखनऊ।

शपथी

दिनांक :

सत्यापन

मैं शपथी उपरोक्त शपथ पत्र की धारा 1 से 7 तक सत्यापित करता हूँ जो कि मेरे निजी ज्ञान से सत्य है। नवीनीकरण आवेदन पत्र में किसी भी तथ्य को न तो भ्रामक ढंग से लिखा गया है और न ही इसमें कुछ भी छिपाया गया है। आज दिनांक को अपने हस्ताक्षर बनाकर सत्यापित किया।

लखनऊ।

शपथी

दिनांक :