

जनपदीय इलेक्ट्रो होम्योपैथिक रजिस्ट्रेशन

माननीय इलाहाबाद उच्च न्यायालय, इलाहाबाद में योजित अवमाननावाद संख्या- 820/2002 राजेश कुमार श्रीवास्तव बनाम श्री ए0 पी0 वर्मा, मुख्य सचिव, उ0प्र0 व अन्य में पारित आदेश दिनांक 28 जनवरी, 2004 के निर्देशानुसार :-

1 All the Hospitals, Nursing Homes, Maternity Homes, Medical Clinics, Private Practitioners, Practicing Medicine and offering Medical and Health Care services, Pathology Labs, Diagnostic clinics whether run privately or by firms, Societies, Trusts, Private limited or Public limited Companies in the state shall register themselves with chief medical officer of the District where these establishment are situate giving full details of the medical facilities offered at these establishment, the names of the registered and authorized medical personal practicing, employed or engaged by them, their qualifications with proof of their registrations, the Para medical staff employed or engaged and there qualification on a form (for each category) prescribed by the principal Secretary, Medical Health and FamilyWelfare, Government of U.P. The prescribed proforma with true and accurate information shall be submitted, supported by an affidavit of the person providing such medical services or the person in charge of such establishment sworn before Notary Public. The required information shall be submitted for registration by all these persons on or before 30.4.2004.

उपरोक्त के अनुपालन में उत्तर प्रदेश शासन चिकित्सा अनुभाग-6 ने कार्यालय ज्ञाप संख्या -2914/पांच-6-10-23 रिट/11 दिनांक 04 जनवरी, 2012 जारी किया है, जिसकी प्रति अन्य के साथ प्रदेश के समस्त मुख्य चिकित्साधिकारियों को भी पृष्ठांकित एवं प्रेषित की गयी है. **जारी आदेश के अनुसार बोर्ड ऑफ इलेक्ट्रो होम्योपैथिक मेडिसिन, उ0प्र0 इलेक्ट्रो होम्योपैथी पद्धति की शिक्षा, चिकित्सा, रजिस्ट्रेशन, अनुसंधान एवं विकास हेतु कार्य करता है।**

माननीय उच्च न्यायालय के उपरोक्त आदेश के अनुपालन में प्रदेश में चिकित्सकों/ चिकित्सालयों का पंजीयन जिले के मुख्य चिकित्साधिकारी के द्वारा किया जाता था।

उत्तर प्रदेश शासन, आयुष अनुभाग-1 के कार्यालय ज्ञाप संख्या-1297/71-आयुष-1-2016-डबलू-283/2014 दिनांक 03 अगस्त, 2016 द्वारा वर्तमान व्यवस्था में संशोधन किया गया है, संशोधित व्यवस्था के अनुसार जनपद के मुख्य चिकित्साधिकारी द्वारा एलोपैथी, क्षेत्रीय आयुर्वेदिक एवं यूनानी अधिकारी द्वारा आयुर्वेद एवं यूनानी तथा जिला होम्योपैथिक अधिकारी द्वारा होम्योपैथी पद्धति में चिकित्सा करने वालों का पंजीयन किया जा रहा है।

उत्तर प्रदेश शासन, आयुष अनुभाग-1 के कार्यालय ज्ञाप संख्या -1297/71 - आयुष-1 - 2016 -डबलू-283/2014 दिनांक 03 अगस्त, 2016 के आलोक एवं चिकित्सा अनुभाग-6 के कार्यालय ज्ञाप संख्या -2914/पांच-6-10-23 रिट/11 दिनांक 04 जनवरी, 2012 के अनुसार इलेक्ट्रो होम्योपैथी चिकित्सा पद्धति में प्रैक्टिस करने वाले चिकित्सकों का जनपदीय पंजीयन जिला इलेक्ट्रो होम्योपैथिक कार्यालय द्वारा किया जा रहा है।

चिकित्सा कार्य आरम्भ करने से पूर्व समस्त अधिकृत इलेक्ट्रो होम्योपैथिक चिकित्सक/प्रतिष्ठान अपना जनपदीय पंजीयन जिला इलेक्ट्रो होम्योपैथिक कार्यालय में आवश्यक रूप से करायें। आवेदन का प्रारूप तथा शपथ पत्र का नमूना डाउनलोड कर शपथपत्र ₹ 10 के स्टाम्प पेपर पर नोटरी द्वारा प्रमाणित करायें आवेदन पत्र समस्त संलग्नकों सहित तथा शपथ पत्र upelectrohomoeopathy@gmail.com पर (PDF) फॉरमेट में भेजें तथा मूल प्रति जनपदीय प्रभारी अधिकारी/क्षेत्रीय अधिकारी के कार्यालय में जमा करें।

क्षेत्रीय कार्यालय

कानपुर

बोर्ड ऑफ इलेक्ट्रो होम्योपैथिक मेडिसिन, उ0प्र0
127/204 "एस" जूही, कानपुर-208014

सम्बद्ध मण्डल



कानपुर, चित्रकूटघाम, झाँसी, आगरा, अलीगढ़,
मेरठ, प्रयागराज, विन्ध्यांचल एवं वाराणासी

लखनऊ

बोर्ड ऑफ इलेक्ट्रो होम्योपैथिक मेडिसिन, उ0प्र0
8- लाल बाग, कमला शर्मा मार्ग, लखनऊ-226001

सम्बद्ध मण्डल



लखनऊ, सहारनपुर, मुरादाबाद, बरेली, अयोध्या,
देवीपाटन, बस्ती, गोरखपुर एवं आजमगढ़

पंजीकरण हेतु आवेदन-पत्र (प्रारूप)
शपथ - पत्र

पंजीकरण हेतु आवेदन-पत्र (प्रारूप)

(समस्त अधिकृत इलेक्ट्रो होम्योपैथिक चिकित्सकों एवं प्रतिष्ठानों हेतु)

यहाँ पर आवेदक अपनी नवीनतम फोटो चिपकायें

सेवा में,
प्रभारी अधिकारी,
ज़िला इलेक्ट्रो होम्योपैथिक कार्यालय,
जनपद
उत्तर प्रदेश

महोदय,

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

1. चिकित्सा प्रतिष्ठान का प्रकार :-

(अ) चिकित्सालय, निजी चिकित्सक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवार्यें प्रदान करने हेतु।

(ब) अधिष्ठान व्यक्तिगत अथवा फर्म, सोसायटी, ट्रस्ट, प्राइवेट लि० या पब्लिक लि० कम्पनी द्वारा संचालित है :-

.....

2. क्लीनिक /प्रतिष्ठान का पता :-

.....

.....

3. प्रदत्त चिकित्सा सेवार्यें :-

.....

4. पंजीकृत एवं अधिकृत चिकित्सक/चिकित्सकों का विवरण :-

(जो कार्यरत/नियुक्त/लगे हुये हैं।)

क्रम सं०	नाम	पिता का नाम	योग्यता	संस्थान का नाम	पंजीयन सं०	अंशकालिक/पूर्णकालिक

5. कार्यरत पैरा मेडिकल्स के नाम :-

क्रम सं०	नाम	पिता का नाम	योग्यता	संस्थान का नाम	पंजीयन सं०	अंशकालिक/पूर्णकालिक

संलग्नक :-

1. योग्यता (डिग्री, डिप्लोमा/प्रमाण पत्र) एवं पंजीकरण प्रमाण-पत्र की स्वः प्रमाणित प्रतियां।

2. क्लीनिक/चिकित्सा प्रतिष्ठान को संचालित करने वाले अथवा संस्थान के प्रभारी का समर्थन में नोटरी द्वारा सत्यापित शपथ-पत्र।

दिनांक :

स्थान :-

दूरभाष/मोबाइल नं० :-

ई-मेल :-

व्हाट्सएप नं० :-

आवेदक के हस्ताक्षर

(चिकित्सा सेवार्यें प्रदान करने वाले/संस्थान के प्रभारी)

नाम :-

पता :-

शपथ-पत्र

(नोटरी द्वारा प्रमाणित)

यहाँ पर शपथी
अपनी नवीनतम
फोटो बिपकायें

समक्ष

प्रभारी अधिकारी,

ज़िला इलेक्ट्रो होम्योपैथिक कार्यालय,

जनपद

उत्तर प्रदेश

मैं आयु :- वर्ष.....माह.....दिन.....

पुत्र/पुत्री/पत्नी श्री निवासी

..... का हूँ तथा शपथपूर्वक निम्न बयान करता / करती हूँ :-

- 1- यह कि शपथी बोर्ड ऑफ़ इलेक्ट्रो होम्योपैथिक मेडिसिन,उ०प्र० से एक रजिस्टर्ड इलेक्ट्रो होम्योपैथिक चिकित्सक है जिसका रजिस्ट्रेशन नं० तथा दिनांक तक वैध है पंजीकरण प्रमाण पत्र की प्रमाणित छाया प्रति संलग्न है।
- 2- यह कि शपथी अस्पताल / क्लीनिक / प्रतिष्ठान में पूर्णकालिक / अंशकालिक / ऑन कॉल कार्यरत है।
- 3- यह कि शपथी किसी सरकारी / अर्द्ध सरकारी / 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 आपके कार्यालय में एक माह पूर्व दे देगा / देगी।
- 5- यह कि शपथी बोर्ड ऑफ़ इलेक्ट्रो होम्योपैथिक मेडिसिन,उ०प्र० द्वारा जारी आचार संहिता का पालन करेगा / करेगी तथा उत्तर प्रदेश शासन चिकित्सा अनुभाग-6 के कार्यालय ज्ञाप संख्या 2914/पांच-6-10-23 रिट/11 दिनांक 04 जनवरी, 2012 एवं शासनादेश संख्या 2241/पाँच-6-2015-103 जी/15 दिनांक 18 सितम्बर, 2015 तथा आयुष अनुभाग-1 कार्यालय ज्ञाप संख्या 1297/71-आयुष-1-2016-डब्लू-283/2014 दिनांक 03 अगस्त, 2016 का पूर्ण अनुशासन के साथ पालन करेगा / करेगी।
- 6- यह कि शपथी ड्रग्स एवं मैजिक रेमेडीज एक्ट 1954 का उल्लंघन कर ऐसा प्रचार नहीं करेगा / करेगी जिससे जनता गुमराह हो।

स्थान :-

शपथी

दिनांक :-

मैं शपथी उपरोक्त शपथपत्र की धारा 1 से 6 तक सत्यापित करता / करती हूँ जो 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 / होगी। आज दिनांकको अपने हस्ताक्षर बनाकर सत्यापित किया।

स्थान :-

शपथी

दिनांक :-

नोट:- आवेदन पत्र संलग्नकों सहित तथा शपथ पत्र इ-मेल upelectrohomoepathy@gmail.com पर (PDF) पी०डी०एफ० फॉर्मेट में भेजें तथा मूल प्रति जनपदीय प्रभारी अधिकारी / क्षेत्रीय अधिकारी के कार्यालय में जमा करें।