

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, डिपलोमा/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 :-