

# शपथ-पत्र

(नोटरी द्वारा प्रमाणित)

यहाँ पर शपथी  
अपनी नवीनतम  
फोटो चिपकायें

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,उ0प्र0 से एक रजिस्टर्ड इलेक्ट्रो होम्योपैथिक चिकित्सक है जिसका रजिस्ट्रेशन नं0 ..... 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,उ0प्र0 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 दिनांक .....को अपने हस्ताक्षर बनाकर सत्यापित किया।

स्थान :- .....

शपथी

दिनांक :- .....