

चिकित्सा संस्था के अस्थायी पंजीकरण हेतु आवेदन

[चिकित्सा संस्था (पंजीकरण एवं विनियमन) अधिनियम, 2010 की धारा 14 के तहत]

1. चिकित्सा संस्था का नाम: _____
2. पता: _____
ग्राम/कस्बा/शहर: _____ ब्लॉक: _____
जिला: _____ राज्य: _____ पिन कोड: _____
टेलीफोन नं.(एसटीडी कोड सहित): _____ मोबाइल: _____ ई मेल आईडी: _____
वेबसाइट (यदि कोई हो): _____
3. स्वामित्वधारी का नाम: _____
पता: _____
ग्राम/कस्बा/शहर: _____ ब्लॉक: _____
जिला: _____ राज्य: _____ पिन कोड: _____
टेलीफोन नं. (एसटीडी कोड सहित): _____ मोबाइल: _____ ई मेल आईडी: _____
4. प्रभारी व्यक्ति का नाम _____
योग्यता (योग्यताएं): _____
पंजीकरण संख्या : _____
केंद्रीय/राज्य परिषद का नाम (जिसमें पंजीकृत हैं) _____
टेलीफोन नं.(एसटीडी कोड सहित): _____ मोबाइल: _____ ई मेल आईडी: _____
5. स्वामित्व
क) सरकारी/सार्वजनिक क्षेत्र: केंद्र सरकार राज्य सरकार स्थानीय सरकार
सार्वजनिक क्षेत्र का उपक्रम कोई अन्य (कृपया विनिर्दिष्ट करें): _____
ख) निजी क्षेत्र व्यक्तिगत स्वामित्व पंजीकृत साझेदारी पंजीकृत कंपनी
को-ऑपरेटिव सोसायटी न्यास/चेरिटेबल कोई अन्य (कृपया विनिर्दिष्ट करें) _____
6. चिकित्सा प्रणाली (कृपया जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाएं):
एलोपैथी आयुर्वेद यूनानी सिद्धा
होम्योपैथी योग प्राकृतिक चिकित्सा सोवा-रिग्पा
7. चिकित्सा सेवाओं का प्रकार: सामान्य सिंगल स्पेशलिटी मल्टी स्पेशलिटी
सुपर स्पेशलिटी कोई अन्य (कृपया विनिर्दिष्ट करें) _____
8. चिकित्सा संस्था का प्रकार (कृपया जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाएं):
क) इनपेशेंट आउटपेशेंट प्रयोगशाला इमेजिंग
कोई अन्य (कृपया विनिर्दिष्ट करें) _____
ख) i) इनपेशेंट: अस्पताल नर्सिंग होम मैटरनिटी होम सेनेटोरियम
पेलियेटिव केयर प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र
कोई अन्य (कृपया विनिर्दिष्ट करें) _____
ii) बिस्तरों की संख्या (इनपेशेंट): _____

- iii) आउटपेशंट: सिंगल प्रेक्टिशनर औषधालय पॉलीक्लीनिक दंत चिकित्सालय
 फिजियोथेरेपी/ऑक्यूपेशनल थेरेपी क्लीनिक इनफर्टिलिटी क्लीनिक डायलिसिस सेंटर
 डे केयर सेंटर उप-केंद्र चल चिकित्सालय
 कोई अन्य (कृपया विनिर्दिष्ट करें): _____
- iv) प्रयोगशाला: पैथोलॉजी हीमेटोलॉजी बायोकेमिस्ट्री माइक्रोबायोलॉजी
 जीनेटिक्स कोई अन्य (कृपया विनिर्दिष्ट करें) _____
- v) इमेजिंग सेंटर: एक्स रे इलैक्ट्रो कार्डियो ग्राफ (ईसीजी) अल्ट्रासाउंड
 सीटी स्कैन मैग्नेटिक रिजोनेंस इमेजिंग (एमआरआई) कोई अन्य (कृपया विनिर्दिष्ट करें) _____
- vi) कोई अन्य (कृपया विनिर्दिष्ट करें) : _____

मैं एतद्वारा घोषणा करता/करती हूँ कि उक्त विवरण मेरी जानकारी में सही और सत्य है। मैं चिकित्सा संस्था (पंजीकरण एवं विनियमन) अधिनियम, 2010 के सभी प्रावधानों तथा उसके तहत बनाए गए सभी नियमों का पालन करूँगा/करूँगी। उक्त विवरण में किसी प्रकार का बदलाव होने पर मैं इसकी जानकारी जिला पंजीकरण प्राधिकारी को दूँगा/दूँगी।

स्थान:
दिनांक:

स्वामित्वधारी/प्रभारी व्यक्ति के हस्ताक्षर
(नाम: _____)