

Procedure to Fill Application Form

- Before filling this form, Kindly arrange the Scan Copy of following documents ready with you:-
 - Scan copy of old certificate
 - Structural Layout of Building
 - Address Proof of the Establishment
 - Passport Size Photograph of Person In-charge
 - Certificate from Medical Council of India/State Medical Council
 - Self Attested Documents of Relevant Qualification for Doctor & Paramedical Staff.
 - NOC Certificate from Pollution Control Board
 - NOC Certificate for Disposal of Medical Waste
 - Photo for Proof of Fire Fighting System Installed In the Premises of Establishment
 - Notarized Affidavit on Stamp paper of Rs. 10.

Note:-

- All files should be uploaded in jpg/pdf format and maximum file size allowed up to (2MB)
- Fields marked with * are mandatory.
- Fill all the required fields & attached the relevant documents then click on “Save” button.
- A preview page will appear, now check all the details carefully filled by you.
- If every details is correct & no change is required then click on “Submit” button
- Note down your Application Reference number for future use.
- Download Formats with content of Affidavit and get it printed on the Stamp Paper of Rs. 10/-
- Now, re login & upload the notarized affidavit as required & click on “Final Submit” button to submit the application finally.
- You will be redirected to the new window, Now Click on the “Print Your Submitted Application” tab to get the printout.
- You can check the current status of your application by clicking on the “View Submitted Application Status”

Application form of Medical Establishment

DETAILS OF PREVIOUS CERTIFICATE

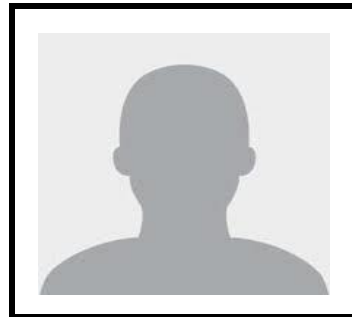
Old Registration Number*

Old Certificate Number*

Old Certificate Copy *

YES

NO



DETAILS OF MEDICAL ESTABLISHMENT

Area Of Establishment*

Urban Rural

Place Of Establishment*

Own

Rental

Other

Type Of Land*

Commercial

Residential

Mixed Population

Establishment Name*

Is operated by *

Individual Person

Firm

Society

Trust

Public Ltd.

Private Ltd.

Category *

Hospital

Private Practitioners

Nursing Home

Pathology Labs

Maternity Home

Diagnostic Clinic

Medical Clinic

Consultation Chamber

Health care Services

Other

offering Medical

Practicing Medicine

Name of Operator *

Building Structural Layout

YES

NO

ADDRESS OF MEDICAL ESTABLISHMENT

Telephone No./ Mob. No.

Website

District *

Address *

Pin code *

NOTE : - Address Proof Enclose *

MEDICAL SERVICES

Details of Medical Services Offered: *

DETAILS OF OWNER

Name *

Age*

Father Name *

Address *

Mobile *

Email Id *

State *

District *

Pin Code *

☐

Check in case Owner & Person in charge are same.

DETAILS OF PERSON IN CHARGE

Name *

Relevant Qualification *

Institution Name*

Registration No. MCI/SMF)

Address *

Mobile *

Email Id *

State *

District *

Pin Code *

TYPE OF FACILITIES OFFERED

InPatient *

if-Y

Number of Beds(Inpatient) *

OutPatient *

if-Y

Single Practitioner

Infertility Clinic

Dispensary

Dialysis Clinic

Polyclinic

Day Care Center

Dental Clinic

Sub-Center

Physiotherapy/Occupational Therapy Clinic

Mobile Clinic

Specify Other OutPatient *

Laboratory *

if-Y

Pathology

Haemathology

Specify Other OutPatient *

Microbiology

Genetics

Imaging *

☐ Y

☐ N

☐ if-Y

X ray

Electro Cardio Graph(ECG)

Specify Other OutPatient *

Utrasound

CT Scan

Magnetic Resonance Imaging(MRI)

If Other Facilities Please Specify *

Have you Obtained NOC from Pollution control Board? *

☐ Y

☐ N

☐ if-Y

Document No. with document copy

Have you Obtained Certificate from agency to Disposal of Medical Waste? *

☐ Y

☐ N

☐ if-Y

Document No. with document copy

Have you Installed Firefighting System in the Establishment *

☐ Y

☐ N

☐ if-Y

Document No. with document copy

NOTE.: KINDLY ATTACH BELOW DOCUMENTS

- 1 CLINIC NAME
- 2 OWNER PHOTO
- 3 OWNER SCANNED SIGNATURE
- 4 CONTACT NUMBER
- 5 EMAIL ID
- 6 DETAILS OF MEDICAL FACILITIES OFFERED
- 7 FIRE BILL
- 8 OLD CMO REGISTRATION COPY
- 9 POLLUTION REGISTRATION COPY
- 10 MCI REGISTRATION COPY
- 11 MBBS / MD DEGREE COPY
- 12 MAP COPY
- 13 ADDRESS PROOF COPY
- 14 MINIMUM 1 PARAMEDICAL STAFF DETAILS WITH RELEVANT SCANNED DOCUMENT
- 15 AFFIDAVIT 10RS STAMP PAPER WITH SIGNATURE

Signature in Above Box

DETAILS OF DOCTOR

S.No.	Name*	Fathers Name*	Relevant Qualification*	Institution*	Registration Type*	Registration No. of MCI/SMF*	Part/Full Time*
1							
2							
3							
4							
5							

DETAILS OF PARAMEDICAL STAFF

Note:- Please fill details and upload records up to 5 ParaMedical Staff through Add more option & Furnish details of rest ParaMedical Staff in affidavit in same format as mentioned below. Submit hardcopy of all the remaining records (qualification document) of ParaMedical Staff to the CMO Office/ Committee.

S.No.	Name*	Fathers Name*	Relevant Qualification*	Institution*	Registration Type*	Registration No. of MCI/SMF*	Part/Full Time*
1							
2							
3							
4							
5							

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

समक्ष : मुख्य चिकित्सा अधिकारी, (जिले का नाम)

प्रमाणित किया जाता है कि मैं शपथी आयु लगभग..... वर्ष
पुत्र..... निवासी..... का हूँ तथा
शपथपूर्वक निम्न बयान करता हूँ :-

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

स्थान :

शपथी

दूरभाष संख्या :

मोबाइल नम्बर :

ई - मेल :.....

(.....)

.....

.....

सत्यापन

मैं शपथी उपरोक्त शपथ-पत्र की धारा-1 से 7 तक सत्यापित करता हूँ जो मेरे निजी ज्ञान में सत्य हैं। नवीनीकरण आवेदन पत्र में किसी भी तथ्य को न तो भ्रामक ढंग से लिखा गया है और न ही इसमें कुछ छिपाया गया है। अगर कोई भी असत्य तथ्य संज्ञान में आता है तो कानूनी कार्यवाही के लिये शपथी पूर्ण रूप से जिम्मेदार होगा।

आज दिनांक के अपने हस्ताक्षर बनाकर सत्यापित किया।

स्थान :

शपथी

दूरभाष संख्या :

मोबाइल नम्बर :

ई - मेल :.....

(.....)

.....

.....

चिकित्सक/पैरामेडिकल/अन्य का शपथ पत्र

समक्ष : मुख्य चिकित्सा अधिकारी, (जिले का नाम)

प्रमाणित किया जाता है कि मैं आयु लगभग वर्ष पुत्र
..... निवासी का हूँ तथा शपथपूर्वक निम्न बयान करता हूँ :-

1. यह कि शपथी भारतीय चिकित्सा परिषद/अन्य/उत्तर प्रदेश फार्मसी/स्टेट मेडिकली काउन्सिल लखनऊ से एक रजिस्टर्ड डाक्टर है जिसका रजिस्ट्रेशन नम्बर..... है जो वर्ष तक वैध है। पंजीकरण प्रमाण-पत्र की छायाप्रति संलग्न है।
2. यह कि शपथी हास्पिटल/नर्सिंग होम/डायग्नोस्टिक सेन्टर/पैथालॉजी/क्लीनिक स्थित में पूर्णकालिक/अंशकालिक/ऑन-कॉल कार्यरत पूर्णकालिक कार्यरत हूँ।
3. यह कि शपथी किसी सरकारी/अर्द्धसरकारी/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 अथोहस्ताक्षरी कार्यालय को एक माह पूर्व दे देगा।

शपथी

(.....)
(.....)

स्थान :

दूरभाष संख्या :

मोबाइल नम्बर :

दिनांक :

सत्यापन

मैं शपथी उपरोक्त शपथ-पत्र की धारा-1 से 4 तक सत्यापित करता हूँ जो कि मेरे निजी ज्ञान में सत्य है। पंजीकरण आवेदन पत्र में किसी भी तथ्य का न भ्रामक ढंग से लिखा गया है और न ही इसमें कुछ छिपाया गया है। अगर कोई असत्य तथ्य संज्ञान में आता है तो कानूनी कार्यवाही के लिये शपथी पूर्ण रूप से जिम्मेदार होगा।
आज दिनांक को अपने हस्ताक्षर बनाकर सत्यापित किया।

शपथी

(.....)
(.....)

स्थान :

दूरभाष संख्या :

