

## बलिया नर्सिंग होम एसोसिएशन, बलिया

सदस्यता ग्रहण करने हेतु फार्म

चिकित्सा इकाई का नाम

चिकित्सा इकाई का प्रकार (√) करें

1-हास्पिटल / नर्सिंग होम

(भर्ती सुविधा युक्त)

2-मैटरनिटी / डे-केयर / क्लीनिक

(भर्ती सुविधा रहित)

3-डाइग्नोस्टिक- पैथोलाजी / रेडियोलोजी सेन्टर

संचालक का नाम..... उम्र.....लिंग.....

सी0एम0ओ0 कार्यालय में पंजीकरण संख्या-.....

दिनांक.....

चिकित्सा इकाई का पूरा पता.....

.....

..... जनपद- बलिया

चिकित्सा इकाई का प्रकार-निजी / किराये पर.....

भवन स्वामी का नाम और पता (यदि किराये पर हो तो).....

.....

चिकित्सकों का विवरण-

पूरा नाम-

मो0नं0

योग्यता

संचालक से सम्बन्ध

1-

2-

सदस्य का  
पासपोर्ट साइज  
का फोटो

सदस्य का  
पासपोर्ट साइज  
का फोटो

## चिकित्सा इकाई में प्रदत्त सुविधाएँ—

इनडोरबेड की संख्या —

ओ० पी० डी० परामर्श—

मैटरनिटी —

शल्यक्रिया —

आई०सी०यू० —

पैथोलोजी —

रेडियोलोजी एक्सरें/यू०एस०जी०/ सी०टी० स्कैन —

अन्य —

मैं/हम (1) डा०.....(2) डा०.....

चिकित्सा इकाई.....के तरफ से घोषणा करता हूँ कि मैं यू० पी० नर्सिंग होम एसोसिएशन बलिया ब्रान्च की सदस्यता एवं वार्षिक शुल्क जमा करने के उपरान्त नियमित रूप से।

1— एसोसिएशन की मीटिंग में प्रतिभाग करूँगा।

हस्ताक्षर—

2— निर्धारित वार्षिक शुल्क समय समय पर कोष में जमा करूँगा।

3— एसोसिएशन के समस्त गतिविधियों में भाग लूँगा।

4— एसोसिएशन के पदाधिकारियों की मदद करूँगा।

हस्ताक्षर—

5— रोगियों का इलाज विधिक मान्य तरीके से करूँगा।

6— मैं/हम किसी सरकारी संस्थान के पूर्णकालिक चिकित्सक नहीं हैं।

दिनांक :

चिकित्सालय का मुहर

### कार्यालय उपयोग हेतु

चिकित्सा इकाई ..... के तरफ से (1) डा०.....  
.....(2) डा०.....के सदस्यता ग्रहण करने हेतु प्राप्त आवेदन पर दिनांक.....को आयोजित सभा में सदस्यों द्वारा सदस्यता ग्रहण करने की अनुमति प्रदान की गयी/नहीं की गयी।

दिनांक—

ह० सचिव एवं मुहर

सदस्यता शुल्क रू०—

वार्षिक शुल्क रू०—

चेक/ड्राफ्ट/बैंक ड्राफ्ट— यू० पी० नर्सिंग होम एसोसिएशन बलिया।

संलग्नक— (1) सी० एम० ओ० द्वारा रेजिस्ट्रेशन की कॉपी ।

(2) चिकित्सा इकाई के पूर्णकालिक चिकित्सक होने के सम्बन्ध में सदस्य द्वारा शपथ पत्र (₹10/- के स्टाम्प पेपर पर)

## शपथ पत्र

समक्ष,

बलिया नर्सिंग होम एसोसिएशन

बलिया ।

शपथ पत्र मिनजानिब .....पुत्र/पुत्री/पत्नी.....  
.....निवासी- .....

का रहने वाला हूँ तथा मैं निम्नलिखित बयान करता हूँ।

(1) यह कि मैं इस चिकित्सा इकाई ..... जो  
कि ..... बलिया, उ०प्र० में स्थित है, का  
पूर्णकालिक चिकित्सक हूँ।

(2) यह कि यह चिकित्सा इकाई सी० एम० ओ० कार्यालय में  
पंजीकृत है जिसका पंजीयन संख्या ..... है।

(3) यह चिकित्सा इकाई..... के रूप में पंजीकृत है  
एवं भर्ती की सुविधा उपलब्ध है/नहीं है।

दफा 1 से लगायत 3 तक मेरी जातीय इल्म सही और दुरुस्त है।

दिनांक :

हस्ताक्षर शपथकर्ता

हस्ताक्षर शपथकर्ता