

2

Photo

घोषणा पत्र

मैं _____ आत्मज श्री _____ उम्र _____
 वर्ष, जाती _____ निवासी _____ निम्नलिखित
 घोषणा करता हूँ :-

- यह कि मैं फर्म / मैसर्स _____ पता _____ के नाम
 औषधियों का _____ विक्रय, विक्रयाथ प्रदर्शन संग्रह एवं वितरण हेतु
 प्रपत्र _____ पर औषधि अनुज्ञापत्र : औषधि एवं प्रसाधन सामग्री
 अधिनियम 1940 एवं तद्धीन नियमावली 1945 के प्रावधानों के तहत लेना चाहता हूँ, का एक मात्र
 मालिक हूँ / का एक भागीदार हूँ जिसकी पार्टनरशिप डीड दिनांक _____ को लिखी
 गई है तथा जो दिनांक _____ से प्रभावी है, फर्म में मेरे अलावा निम्न भागीदार है :-
- नाम _____ पिता का नाम _____
 निवासी _____
- नाम _____ पिता का नाम _____
 निवासी _____
- मेरा झाईविंग लाईसेंस/पेन कार्ड/आधार कार्ड (पहचान पत्र) जिसका नम्बर _____ जारी
 दिनांक _____ है। जिसकी प्रति संलग्न है।
- यह कि उक्त फर्म के नाम नये औषधि अनुज्ञापत्र के लिये आवेदन किया गया है: पूर्व में प्रपत्र संख्या
 _____ औषधि अनुज्ञापत्र संख्या _____ जारी दिनांक
 _____ थे जो दिनांक _____ तक वैध थे तथा सविधान/स्थान परिवर्तन की
 वजह से नये औषधि अनुज्ञापत्र लेने हेतु आवेदन किया गया है।
- यह कि मेरा स्थाई एवं वर्तमान पता निम्न है :
 1. स्थाई पता : _____
 2. वर्तमान पता: _____
- यह कि मैं राजस्थान फार्मसी काउन्सिल जयपुर से पंजीकृत फार्मासिस्ट हूँ जिसका रजिस्ट्रेशन संख्या
 _____ जारी दिनांक _____ है तथा दिनांक _____ तक
 नवीनीकृत है।
 अथवा
- यह कि मैंने वर्ष _____ में _____
 से मेट्रिक/स्नातक परीक्षा उत्तीर्ण की है तथा मुझे दिनांक _____ से दिनांक _____
 तक कुल _____ वर्ष _____ माह का मैसर्स _____
 पता _____ पर कार्य करने का अनुभव प्राप्त
 है। तथा/अथवा मेरा नाम फर्म मैसर्स _____
 पता _____ पर काम्पीटेन्ट व्यक्ति
 के रूप में अनुमोदित है तथा इस फर्म से मैंने दिनांक _____ से सम्बन्ध विच्छेद कर
 लिया है।
 अथवा
- यह कि मैंने श्री _____ पुत्र श्री _____
 को पूर्णकालिक तौर पर _____ मासिक वेतन पर दिनांक _____ से
 रजिस्टर्ड फार्मासिस्ट/काम्पीटेन्ट व्यक्ति के रूप में नियुक्त किया है तथा जब ये काम करना छोड़ेंगे तो
 मैं तुरन्त औषधि अनुज्ञापत्र अधिकारी को लिखित में सूचित करूंगा।
- यह कि मैं उक्त फर्म पर पूर्ण कालिक रजिस्टर्ड फार्मासिस्ट/काम्पीटेन्ट व्यक्ति की हैसियत से कार्य करूंगा।
 तथा जब भी कार्य करना बन्द करूंगा तो लिखित में सूचित करूंगा।
- यह कि इस फर्म पर काम करने के पूर्व में फर्म मैसर्स _____
 पता _____ पर रजिस्टर्ड फार्मासिस्ट/काम्पीटेन्ट
 व्यक्ति की हैसियत से काम करता था जहाँ से मैंने दिनांक _____ से कार्य करना बन्द कर
 दिया है। तथा अब मैं उक्त फर्म मैसर्स _____
 पता _____ के अलावा कहीं कार्य नहीं कर रहा हूँ।
- यह कि जिस भवन/दुकान में मैसर्स _____
 _____ के नाम से औषधि अनुज्ञापत्र जारी करने हेतु आवेदन
 किया गया है उसका क्षेत्रफल कुल _____ वर्गफुट / वर्गमीटर है एवं ऊँचाई _____ फुट
 जो मेरी स्वयं की सम्पत्ति है / जो मैंने मालिक भवन/दुकान मालिक श्री _____
 पुत्र श्री _____ उम्र _____ जाति _____
 निवासी _____ से
 मासिक किराये पर ली है मैंने दुकान का समस्त किराया चुका दिया है तथा मेरा दुकान/भवन मालिक
 से न्यायालय सम्बन्धी कोई विवाद नहीं चल रहा है। इसकी सीमा निम्न प्रकार है :
 पूर्व _____ पश्चिम _____
 उत्तर _____ दक्षिण _____

9. यह कि मे जब भी उक्त फर्म मैसर्स ----- के विधान या पता ----- स्थान मे परिवर्तन करना चाहूंगा अथवा लाईसेन्स भुदा दुकान खाली करूंगा तो तुरन्त ही औषधि अनुापन अधिकारी को लिखित सूचित करूंगा तथा नियमानुसार स्वीकृति/लाईसेस प्राप्त करूंगा।
10. यह कि औषधियों के उचित रख रखाव हेतू दुकान मे समूचित व्यवस्था की गई है तथा कम ताप पर रखी जाने वाली औषधियों के संग्रह हेतू दुकान मे एक ----- लीटर का ----- रेफ्रीजरेटर है।/रेफ्रीजरेटर नहीं है अतः मे ऐसी किसी औषधि का संग्रह नहीं करूंगा।
11. यह कि मैं औषधि एवं प्रसाधन सामग्री अधिनियम 1940 एवं नियमावली 1945 के अनुसार कार्य करूंगा तथा अधिनियम की धरा 34 व औषधि मूल्य नियंत्रण आदेश 2013 के तहत फर्म के समस्त औषधि व्यवसाय कार्य के लिये मे स्वयं जिम्मेदार होउगा। मैं फार्मासिस्ट /काम्पिटेन्ट व्यक्ति एवं अन्य भागीदारों के साथ अलग अलग एवं सामुहिक रूप से जिम्मेवार होऊगा।

References

1. फर्म का नाम पता
औषधि अनुज्ञापत्र संख्या
मालिक/भागीदार/निदेशक का नाम व मोबाईल नं./ फोन नं.
2. फर्म का नाम पता
औषधि अनुज्ञापत्र संख्या
मालिक/भागीदार/निदेशक का नाम व मोबाईल नं./फोन नं.

हस्ताक्षर घोषणाकर्ता

:: सत्यापन ::

मैं ----- पुत्र श्री ----- उम्र -----
नवासी ----- घोषणा करता हूँ कि उपरोक्त पत्र संख्या 01 से 11 तक जो कथन किया गया है वह सत्य है तथा उसमे कोई तथ्य छिपाया नहीं गया है। मैं उपरोक्त तथ्यों से भलीभांती परिचित हूँ कि यदि मैंने द्वारा दी गई सूचना गलत या असत्य पाई जाती है तो मैं कानूनी रूप से दण्ड का भागीदार होऊंगा। साथ ही मैंने द्वारा प्राप्त की गई सुविधाएँ भी समाप्त मानी जावेगी।

दिनांक
स्थान

हस्ताक्षर घोषणाकर्ता

Photo

:: घोषणा पत्र ::

मैं _____ पुत्र श्री _____
 उम्र _____ जाति _____ निवासी _____
 मालिक/भागीदार फर्म मैसर्स _____ पता _____
 निम्नलिखित घोषणा करता हूँ कि :

1. मैं फर्म मैसर्स _____ पता _____
 का एक मात्र मालिक/भागीदार हूँ तथा निम्न व्यक्ति और साझेदार हैं:
 1. _____
 2. _____
 3. _____
2. यह कि उक्त फर्म का औषधि अनुज्ञापत्र संख्या _____ है जो दिनांक _____
 को अनुज्ञापन प्राधिकारी, _____ द्वारा जारी किया गया था एवं दिनांक _____ तक
 नवीनीकृत किया हुआ है।
3. यह कि श्री _____ पुत्र श्री _____ ने मेरी
 फर्म से दिनांक _____ से दिनांक _____ तक कुल _____ वर्ष _____ माह
 तक पूरे समय के लिये योग्य व्यक्ति/फर्मासिस्ट श्री _____ की
 देखरेख में औषधियों के क्रय विक्रय का कार्य किया है जिसके लिये उन्हें _____ माहवार दिये
 जाते थे। उन्होंने दिनांक _____ से यहाँ से कार्य करना छोड़ दिया है।

हस्ताक्षर घोषणाकर्ता

:: सत्यापन ::

मैं _____ पुत्र श्री _____ उम्र _____
 निवासी _____ घोषणा करता हूँ कि उपरोक्त पैरा
 संख्या 01 से 3 तक जो कथन किया गया है वह सत्य है तथा उसमें कोई तथ्य छिपाया नहीं गया है। मैं
 उपरोक्त तथ्यों से भलीभांती परिचित हूँ कि यदि मेरे द्वारा दी गई सूचना गलत या असत्य पाई जाती है तो
 मैं कानूनी रूप से दण्ड का भागीदार होऊंगा। साथ ही मेरे द्वारा प्राप्त की गई सुविधाएँ भी समाप्त मानी
 जावेगी।

दिनांक
 स्थान

हस्ताक्षर घोषणाकर्ता

FORM 19

[See rule 59 (2)]

Application for grant or renewal of a [licence to sell, stock or exhibit or offer for sale, or distribute] of drugs other than those specified in Schedule

1. I / We*.....hereby apply for licence to sell by wholesale/retail drugs

specified in Schedules C and C(1) excluding those specified in Schedule X *and/or drugs other than those specified in Schedules C, C(1) and X to the Drugs and Cosmetics Rules, 1945 *and also to operate a pharmacy on the premises situated at.....

2. ** The sale and dispensing of drugs will be made under the personal supervision of the registered pharmacists namely:-

(Name) (Qualification)

(Name) (Qualification)

3. Categories of drugs to be sold

4. *** Particulars of special storage accommodation

5. A fee of rupees has been credited to the Government account under the head of account

Date.....

Signature

* *Delete whichever is not applicable.*

** *To be deleted if drugs will be sold only by wholesale.*

*** *Required only if products requiring special storage are to be sold.*

घोषणा पत्र

मैं.....पुत्र / पुत्री / पत्नी श्री.....

उम्र.....निवासी.....

घोषणा करता / करती हूँ कि मेरे पास एक रेफ्रिजरेटर,.....लीटर.....मेक.....को श्री..

..... पुत्र / पुत्री / पत्नी श्री..... उम्र.....

.....निवासी..... को उनकी फर्म मै0.....

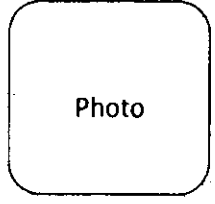
पता..... पर औषधियों

के संग्रहण व उपयोग हेतु गिफ्ट कर रहा / रही हूँ तथा आज के बाद मुझे उक्त रेफ्रिजरेटर से
काई लेना देना नहीं है।

गवाह:

हस्ताक्षर गिफ्ट कर्ता

16
5



:: घोषणा पत्र ::

मैं _____ पुत्र _____ उम्र _____
जाति _____ निवासी _____ निम्नलिखित घोषणा
करता हूँ कि:

1. यह कि मैं राजस्थान फार्मसी काऊन्सिल जयपुर से पंजीकृत फार्मासिस्ट हूँ जिसका रजिस्ट्रेशन संख्या _____
जारी दिनांक _____ जो दिनांक _____ तक नवीनीकृत है।

अथवा

1. यह कि मैंने वर्ष _____ में _____ बोर्ड से मैट्रिक / बैचलर आफ
आर्ट्स/कार्मस/ साइन्स परीक्षा उत्तीर्ण की है तथा मुझे दिनांक _____ से दिनांक
_____ तक मैसर्स _____ पता _____ पर
कुल _____ वर्ष _____ माह का औषधि व्यवसाय करने का अनुभव प्राप्त है तथा/अथवा मेरा नाम फर्म
मैसर्स _____ को जारी औषधि अनुज्ञापन पत्र संख्या _____ एवं _____ प्रपत्र _____
पर अनुज्ञापन प्राधिकारी _____ द्वारा अनुमोदित है जहाँ से मैंने दिनांक _____ से कार्य
करना छोड़ दिया है।

2 यह है कि मेरा स्थाई एवं वर्तमान पता निम्न है:

1. स्थाई पता : _____
2. वर्तमान पता : _____

3. यह कि मैंने दिनांक _____ से मैसर्स _____
पता _____ पर पूर्णकालिक
रजिस्टर्ड फार्मासिस्ट / काम्प्यूटेन्ट व्यक्ति की हैसियत से _____ मासिक वेतन पर नौकरी करना शुरू किया
है।

4. यह कि उक्त फर्म पर कार्य करने से पूर्व मैं दिनांक _____ से मैसर्स _____
पर रजिस्टर्ड फार्मासिस्ट / काम्प्यूटेन्ट व्यक्ति की
हैसियत से कार्यरत था तथा यहा से दिनांक _____ से मैंने काम करना छोड़ दिया है जिसकी
सूचना पूर्व में अलग से अनुज्ञापन प्राधिकारी _____ को दे दी है।

5. यह कि मैं अब उक्त फर्म मैसर्स _____ के अलावा अन्य कहीं पर भी
रजिस्टर्ड फार्मासिस्ट / काम्प्यूटेन्ट व्यक्ति के रूप में कार्य नहीं कर रहा हूँ। तथा भविष्य में उक्त फर्म पर कार्य
करना छोड़ूंगा तो भी ही अनुज्ञापन प्राधिकारी _____ को लिखित में सूचित करूंगा।

6. यह कि मैं औषधि एवं प्रसाधन सामग्री अधिनियम 1940 एवं नियमावली 1945 के प्रावधानों के अनुसार कार्य
करूंगा तथा अधिनियम की धारा 34 के तहत फर्म के समस्त औषधि व्यवसाय कार्य के लिये फर्म मालिक
/ भागीदारों के साथ अलग अलग स्वयं एवं सामुहिक रूप से जिम्मेदार होऊंगा।

हस्ताक्षर घोषणाकर्ता

:: सत्यापन ::

मैं _____ पुत्र श्री _____ उम्र _____
निवासी _____ घोषणा करता हूँ कि उपरोक्त पत्र
संख्या 01 से 6 तक जो कथन किया गया है वह सत्य है तथा उसमें कोई तथ्य छिपाया नहीं गया है। मैं
उपरोक्त तथ्यों से भलीभांती परिचित हूँ कि यदि मैंने द्वारा दी गई सूचना गलत या असत्य पाई जाती है तो
मैं कानूनी रूप से दण्ड का भागीदार होऊंगा। साथ ही मैंने द्वारा प्राप्त की गई सुविधाएँ भी समाप्त मानी
जावेगी।

दिनांक
स्थान

हस्ताक्षर घोषणाकर्ता