

नोटरी द्वारा सत्यापित शपथ – पत्र

(प्रथम बार स्थायी पंजीयन हेतु)

मैं डॉ.आत्मज/ आत्मजा
 उम्र..... व्यवसाय..... (आयुर्वेद/यूनानी/
 सिद्ध/ प्राकृतिक) चिकित्सा, व्यवसाय का स्थान –
 तहसील..... जिला –..... राज्य –
 छत्तीसगढ़ शपथपूर्वक कथन करता/करती हूँ कि :-

1. मैं भारतीय चिकित्सा केन्द्रीय परिषद अधिनियम, 1970 के अधीन मान्यता प्राप्त महाविद्यालय
से अध्ययन/प्रशिक्षण प्राप्त करने के उपरान्त संबंधित
 विश्वविद्यालय से आयुर्वेद /सिद्ध /यूनानी में स्नातक उपाधि प्राप्त किया हूँ ।
2. मैं छत्तीसगढ़ आयुर्वेदिक तथा यूनानी चिकित्सा पद्धति एवं प्राकृतिक चिकित्सा बोर्ड, रायपुर में
 छत्तीसगढ़ आयुर्वेदिक, यूनानी तथा प्राकृतिक चिकित्सा व्यवसायी अधिनियम, 1970 के अधीन अपना
 प्रथम व्यवसायिक पंजीयन कराना चाहता हूँ। इसके पूर्व किसी भी प्रदेश के पंजीयन बोर्ड/कौंसिल में
 मेरा स्थाई पंजीयन नहीं है।
3. छत्तीसगढ़ आयुर्वेदिक तथा यूनानी चिकित्सा पद्धति एवं प्राकृतिक चिकित्सा बोर्ड, रायपुर में मेरा पंजीयन
 हो जाने पर भविष्य में यदि मुझे अपना व्यवसाय अन्य प्रदेश में करना हो तो इस बोर्ड द्वारा जारी मूल
 पंजीयन प्रमाण पत्र इसी बोर्ड कार्यालय में जमा करूंगा तथा अपना नाम यहां के राज्य रजिस्टर से
 हटवा लूंगा ।
4. पंजीयन के पश्चात् मेरे व्यवसाय स्थान का पता परिवर्तित होने पर यथाशीघ्र बोर्ड कार्यालय को इसकी
 सूचना दूंगा ।
5. पंजीयन हेतु मेरे द्वारा प्रस्तुत किये गये समस्त शैक्षणिक दस्तावेज पूर्णतः सत्य व प्रमाणित है यदि
 सत्यापन/ परीक्षण के दौरान उक्त दस्तावेजों में कूटरचना या असत्य जानकारी पायी जाती है तो
 इसके लिए मैं स्वयं जिम्मेदार होऊंगा। मेरे इस कृत्य के लिए छत्तीसगढ़, आयुर्वेदिक तथा यूनानी
 चिकित्सा पद्धति एवं प्राकृतिक चिकित्सा बोर्ड कार्यालय मेरे विरुद्ध कानूनी कार्यवाही करने तथा आवेदन
 पत्र को निरस्त करने हेतु स्वतंत्र होगा।
6. मैं अपने चिकित्सा व्यवसाय के दौरान भारतीय चिकित्सा केन्द्रीय परिषद अधिनियम 1970 के तहत
 भारतीय चिकित्सा व्यवसायी (वृत्तिक आचरण और शिष्टाचार स्तर तथा आचार संहिता) विनियम 1982
 के प्रावधानों का पालन करूंगा/करूंगी।

दिनांक

हस्ताक्षर

सत्यापन

मैं डॉ.

आत्मज/आत्मजा सत्यापित करता/करती हूँ कि इस
 शपथ पत्र की कण्डिका क्रमांक 1 से 6 में उल्लिखित लेख मेरे सर्वोत्तम ज्ञान एवं जानकारी अनुसार सही
 है, जिसे मैं पूरे होशों हवास में सत्यापित करता हूँ।

हस्ताक्षर

दिनांक