

हलफनामा

मैं आत्मज श्री.....
 आयु निवासी

निम्नलिखित सशपथ बयान करता हूँ :-

1. कि मैं फर्म मैसर्स पता
 के नाम औषधियों की थोक/खुदरा बिक्री, विक्रयार्थ प्रदर्शन, संग्रह एवं वितरण हेतु औषधि एवं प्रसाधन सामग्री अधिनियम 1940 एवं तदधीन नियमावली 1945 के प्रावधानों के तहत औषधि अनुज्ञा पत्र लेना चाहता हूँ, का एक मात्र मालिक/एक भागीदार/पावर ऑफ अटार्नी होल्डर/डायरेक्टर हूँ।
2. यह कि मेरा स्थाई व वर्तमान पता निम्न है:-
 स्थाई पता
 वर्तमान पता
3. यह कि मैं राजस्थान फार्मसी कॉउन्सिल, जयपुर से पंजीकृत फार्मासिस्ट हूँ, जिसका रजिस्ट्रेशन सं. ----- दिनांक ----- है तथा दिनांक ----- तक नवीनीकृत है मैं इस फर्म पर मैं मालिक के अतिरिक्त पूर्णकालिक पंजीकृत फार्मासिस्ट का कार्य भी करूंगा।
4. यह कि उक्त फर्म पर कार्य करने से पूर्व मैं दिनांक ----- से तक मैसर्स ----- पता ----- पर पंजीकृत फार्मासिस्ट की हैसियत से कार्यरत था तथा वहाँ से दिनांक ----- से मैंने कार्य करना छोड़ दिया है, जिसकी सूचना अलग से अनुज्ञापन प्राधिकारी, -----को दे दी है।

अथवा

- यह कि उक्त फर्म पर कार्य करने से पूर्व मैं किसी भी फर्म पर पंजीकृत फार्मासिस्ट की हैसियत से कार्यरत नहीं था।
5. यह कि मैं इस फर्म पर मैं मालिक के अतिरिक्त पूर्णकालिक कम्पीटेन्ट व्यक्ति का कार्य भी करूंगा। मैंने वर्ष ----- में ----- बोर्ड से मैट्रिक परीक्षा तथा वर्ष -----में -----विश्वविद्यालय से स्नातक/स्नातकोत्तर की परीक्षा उत्तीर्ण की है तथा मुझे दिनांक ----- से दिनांक ----- तक मैसर्स ----- पता ----- पर कुल ----- वर्ष ----- माह का औषधि व्यवसाय करने का अनुभव प्राप्त है।

अथवा

- मेरा नाम फर्म मै0 ----- पता ----- को जारी औषधि अनुज्ञा पत्र सं. ----- क्रमशः फार्म 20-बी/21-बी पर अनुज्ञापन प्राधिकारी ----- द्वारा अनुमोदित है, जहां से मैंने दिनांक ----- से कम्पीटेन्ट व्यक्ति की हैसियत से कार्य करना छोड़ दिया है।
6. यह कि जिस भवन/दूकान में मैसर्स

पता
के नाम से औषधि अनुज्ञा पत्र जारी करने हेतु आवेदन किया गया है, उसका कुल क्षेत्रफल
..... वर्गफुट / वर्ग मीटर है। जो मैंने मालिक भवन / दूकान श्री पुत्र श्री
.....से दिनांक से मासिक
रूपये किराये पर ली है। मैंने दुकान का समस्त किराया चुका दिया है तथा मेरा मकान मालिक से
न्यायालय में कोई विवाद नहीं चल रहा है। इसकी सीमायें निम्न प्रकार हैं :-

पूर्व पश्चिम
उत्तर दक्षिण

7. यह कि मैं जब भी उक्त फर्म मैसर्स

पता

के फार्मासिस्ट / कम्प्यूटेन्ट व्यक्ति, विधान या स्थान में परिवर्तन करूंगा तो तुरंत अनुज्ञापन
प्राधिकारी को लिखित में सूचित करूंगा तथा नियमानुसार आवश्यक स्वीकृति / लाइसेंस प्राप्त
करूंगा।

8. यह कि औषधियों के उचित रख-रखाव हेतु दुकान में समुचित व्यवस्था की गई है तथा कम
तापमान पर रखी जाने वाली औषधियों के संग्रह हेतु दुकान में एक लीटर का
..... रेफ्रिजरेटर है / रेफ्रिजरेटर नहीं है, अतः मैं ऐसी किसी औषधि का संग्रह नहीं
करूंगा।

9. यह कि मैं औषधि एवं प्रसाधन सामग्री अधिनियम 1940 एवं नियमावली 1945 के अनुसार कार्य
करूंगा तथा अधिनियम की धारा 34 के तहत फर्म के समस्त औषधि व्यवसाय के लिए जिम्मेदार
होऊंगा।

हस्ताक्षर शपथग्रहिता व दिनांक

गवाह मय नाम पते के

1.

2.

सत्यापन

मैं आत्मज श्री.....

आयु पता सशपथ बयान करता हूँ कि
उपरोक्त पैरा 1 से 9 तक जो बयान किया गया है वह सत्य है तथा कोई तथ्य छिपाया नहीं गया है। ईश्वर
मेरा साक्षी है।

हस्ताक्षर शपथग्रहिता

औषधि व्यवसाय किये जाने के अनुभव प्रमाण-पत्र बाबत प्रारूप हलफनामा जो नॉन
ज्यूडिशियल स्टाम्प पेपर पर नोटेरी पब्लिक से प्रमाणित शुदा हो।

मैं ----- पुत्र श्री -----
उम्र ----- वर्ष निवासी -----
सशपथ बयान करता हूँ :-

1. यह कि मैसर्स ----- पता -----
का मैं ----- एकमात्र मालिक/साझेदार हूँ तथा निम्न
व्यक्ति और साझेदार हैं :-
1. श्री----- नाम पता -----
2. श्री----- नाम पता -----
3. श्री----- नाम पता -----
2. यह कि उक्त फर्म का औषधि अनुज्ञा पत्र सं ----- फार्म
संख्या 20, 21, 20-बी, 21-बी पर प्राप्त है जो दिनांक ----- को
अनुज्ञापन प्राधिकारी, ----- द्वारा जारी किया गया है एवं दिनांक
----- तक नवीनीकृत है।
3. यह कि श्री ----- पुत्र श्री -----
निवासी ----- ने मेरी उक्त
फर्म पर दिनांक ----- से ----- तक कुल वर्ष -----
माह ----- तक पूरे समय के लिये रजिस्टर्ड फार्मासिस्ट/योग्य व्यक्ति श्री
----- की देखरेख में औषधियों के क्रय-विक्रय का कार्य किया है जिसके लिए उन्हें
रूपये ----- माहवार वेतन दिया जाता था इन्होंने दिनांक ----- से मेरी फर्म से
कार्य करना छोड़ दिया है।

हस्ताक्षर शपथग्रहिता एवं दिनांक

गवाह 1.

2.

सत्यापन

मैं ----- पुत्र श्री -----
आयु ----- जाति ----- निवासी -----
सशपथ तस्दीक करता हूँ कि उक्त शपथ पत्र के तथ्य सं. 1 से 3 तक मेरी व्यक्तिगत जानकारी में सही व
दुरुस्त हैं, जिसमें कोई तथ्य अथवा बात छिपाई नहीं गई है, ईश्वर मेरा साक्षी है।

दिनांक :-

हस्ताक्षर शपथग्रहिता

स्थान :-

हलफनामा

मैं _____ आत्मज श्री _____ उम्र
 _____ निवासी पता _____
 निम्नलिखित सशपथ बयान करता हूँ कि -

1. यह कि मैंने वर्ष _____ में _____ बोर्ड से मैट्रिक परीक्षा तथा वर्ष _____ से स्नातक की परीक्षा उत्तीर्ण की है तथा मुझे दिनांक _____ से दिनांक _____ तक मैसर्स _____ पता _____ पर कुल _____ वर्ष _____ माह का औषधि व्यवसाय करने का अनुभव प्राप्त है।

अथवा

- मेरा नाम फर्म मै0 _____ पता _____ को जारी औषधि अनुज्ञापत्र सं. _____ क्रमशः फार्म 20-बी/21-बी पर अनुज्ञापन प्राधिकारी _____ द्वारा अनुमोदित है, जहां से मैंने दिनांक _____ से कम्पीटेन्ट व्यक्ति की हैसियत से कार्य करना छोड़ दिया है।
2. यह कि मेरा स्थाई पता निम्न है -
3. यह कि मैंने दिनांक _____ से मैसर्स _____ पता _____ पर पूर्णकालिक कम्पीटेन्ट व्यक्ति की हैसियत से _____ रुपये मासिक वेतन पर नौकरी करना शुरू किया है।
4. यह कि उक्त फर्म पर कार्य करने से पूर्व मैं दिनांक _____ से मैसर्स _____ पर कम्पीटेन्ट व्यक्ति की हैसियत से कार्यरत था जहां से दिनांक _____ से मैंने कार्य छोड़ दिया है, जिसकी सूचना पूर्व में अलग से अनुज्ञापन प्राधिकारी, _____ को दे दी है।
5. यह कि अब उक्त फर्म मैसर्स _____ पता _____ के अलावा अन्य कहीं भी काम्पीटेन्ट व्यक्ति के रूप में कार्य नहीं कर रहा हूँ तथा जब भी इस फर्म से कार्य करना छोड़ूंगा तो शीघ्र ही अनुज्ञापन प्राधिकारी, _____ को लिखित में सूचित करूंगा।
6. यह कि औषधि एवं प्रसाधन सामग्री अधिनियम 1940 एवं नियम 1945 के प्रावधानों के अनुसार कार्य करूंगा तथा अधिनियम की धारा 34 के तहत फर्म के समस्त औषधि व्यवसाय कार्य के लिए जिम्मेदार होऊंगा।

हस्ताक्षर शपथग्रहिता व दिनांक

गवाह 1.

2.

सत्यापन

मैं ----- आत्मज श्री-----आयु

----- पता ----- सशपथ बयान

करता हूँ कि उपरोक्त पैरा 1 से 6 तक जो बयान किया गया है वह सत्य है कोई तथ्य छिपाया नहीं गया है। ईश्वर मेरा साक्षी है।

दिनांक :

स्थान :

हस्ताक्षर शपथग्रहिता

औषधि विक्रेता के विशेष ध्यान रखने हेतु बिन्दु

- ◆ औषधि विक्रय लाईसेन्स दुकान के मुख्य स्थान पर प्रदर्शित करें।
- ◆ औषधि विक्रय का रोगी के नाम बिल अवश्य जारी करें।
- ◆ क्रय की गई औषधियों के बैच नं. उनके खरीद बिलों से मिलान अवश्य करें तथा अवसान तिथि चैक करें।
- ◆ औषधियों का विक्रय प्रेस्क्रिप्शन के अनुसार ही करें यदि प्रेस्क्रिप्शन अपठनीय है तो चिकित्सक से सम्पर्क करके ही दवा का विक्रय करें।
- ◆ औषधियों के लेबल पर अंकित तापमान के अनुसार औषधियों का रख-रखाव आवश्यक है।
- ◆ जहां तक हो सके पूछे जाने पर दवा को किस प्रकार कब-कब लेना है बतायें
- ◆ औषधियां रोगी द्वारा आवश्यकता होने पर ही ली जाती हैं अतः रोगी एवं उनके परिजनों के साथ संवेदनशील व्यवहार करें।
- ◆ औषधि के लेबल पर अंकित मूल्य एवं उस पर निर्धारित स्थानीय कर के अनुसार कीमत लें

सत्यापन

मैं ----- आत्मज----- उम्र -----
वर्ष, जाति ----- निवासी -----
सशपति बयान करता हूं कि उपरोक्त पैरा संख्या 1 से 6 तक जो बयान किया गया है वह सत्य है तथा
इसमें कोई तथ्य छिपाया नहीं गया है। ईश्वर मेरा साक्षी है।

दिनांक :

हस्ताक्षर शपथग्रहिता व दिनांक

स्थान :