



:: 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 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 यहाँ 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 पंजीकृत 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