

नर्सिंग होम्स/अस्पताल/पैथोलोजिकल लैब/रक्त कोष/एक्स-रे क्लीनिक/
निजी अस्पताल/प्रसूति गृह/पैथोलॉजी सेन्टर/ डेंटल क्लीनिक के लाईसेंस हेतु
प्रार्थना-पत्र

सेवा में,

**श्रीमान लाईसेन्स अधिकारी,
नगर निगम, बरेली।**

1. आवेदक का नाम
 2. पिता का नाम
 3. स्थाई पता
 4. लाईसेन्स की वैधता
 5. संस्था/कारोबार का नाम
 6. शय्याओं की संख्या
 7. एक्स-रे क्लीनिक/निजी अस्पताल/नर्सिंग होम/प्रसूति गृह/निजी क्लीनिक/पैथोलॉजी सेन्टर/ डेंटल क्लीनिक
 8. मोबाईल नं०/ई-मेल आई०डी०
- मैं.....पुत्र श्री.....
निवासीका हूँ और निम्नलिखित कथन शपथपूर्वक ब्यान करता हूँ कि :-
1. यह किका वास्तविक तन्हा मालिक व काबिज है तथा भवन/ भूखण्ड का स्वामित्व मेरा है।
 2. यह कि उपरोक्त.....संचालित किया जा रहा है।
 3. यह कि उपरोक्त सम्पत्ति पर किसी प्रकार का कोई वाद/ मुकदमा/विवाद आदि किसी न्यायालय/कार्यालय में लम्बित नहीं है और यदि पाया जाता है तो उसकी पूर्ण जिम्मेदारी प्रार्थी की है।
 4. यह कि उक्त.....का संचालन करने हेतु नगर निगम से लाईसेन्स प्राप्त करना चाहता हूँ तथा इस हेतु नगर निगम द्वारा प्रचलित उपविधियों के अन्तर्गत नियमों का पालन वर्तमान व भविष्य में करेगा तथा निम्न सुविधा उपलब्ध है।
 5. क्या भारत सरकार के अधिनियम जीव चिकित्सा अपशिष्ट (प्रबन्धन एवं हथालन) नियम 2011 के अनुसार जीव चिकित्सा अपशिष्ट का निस्तारण किया जा रहा है। (हां/नहीं)
 6. जीव चिकित्सा अपशिष्ट का निस्तारण किस तरह से (अस्पताल में लगे इन्सीनिरेटर द्वारा/किसी निस्तारण संयंत्र को उपलब्ध कराकर) किया जा रहा है।
 7. यदि जीव चिकित्सा अपशिष्ट का निस्तारण अस्पताल में लगे इन्सीनिरेटर द्वारा किया जा रहा है तो इसका पूर्ण वितरण, प्रमाणपत्र तथा उत्पादित अपशिष्ट की मात्रा तथा निस्तारित अपशिष्ट की मात्रा का विवरण संलग्न करें।

फोटो चिपकायें

8. यदि जीव चिकित्सा अपशिष्ट का निस्तारण, किसी जीव चिकित्सा अपशिष्ट निस्तारण संयंत्र को देकर किया जा रहा है तो इसका पूर्ण विवरण, किस संस्था द्वारा किया जा रहा है, उत्पादित अपशिष्ट की मात्रा तथा निस्तारित अपशिष्ट की मात्रा (पूर्व वर्ष) का विवरण संलग्न करें।
9. क्या जीव चिकित्सा अपशिष्ट के उत्पादित अपशिष्ट की मात्रा तथा निस्तारित अपशिष्ट की मात्रा का रजिस्टर व्यवस्थित किया जा रहा है। (हां/नहीं)
10. क्या अस्पताल (जहाँ 30 शय्याओं से अधिक हो) में जीव चिकित्सा अपशिष्ट सैल बनी हुई है। (हां/नहीं)
11. यह कि उक्त स्थल के बाहर वाहन खड़ा करने की पर्याप्त व्यवस्था है। (हां/नहीं)
12. यह कि उक्त स्थल में एक तिहाई से अधिक खुले स्थान की व्यवस्था है। (हां/नहीं)
13. यह कि उक्त स्थल में संवातन पर्यावरण एवं शुद्ध वायु की संतोषजनक व्यवस्था है। (हां/नहीं)
14. यह कि उक्त स्थल में प्रत्येक कक्ष के सामने बरामदा की पर्याप्त व्यवस्था है। (हां/नहीं)
15. यह कि उक्त स्थल में शैय्याओं हेतु कक्षों की उचित व्यवस्था है। (हां/नहीं)
16. यह कि उक्त स्थल में स्नानगृह और शौचालायों की उचित व्यवस्था है। (हां/नहीं)

हस्ताक्षर आवेदनकर्ता

संलग्नक : पिछले वर्ष की लाइसेंस की छायाप्रति

नोट :- एक्स-रे क्लीनिक/निजी अस्पताल/नर्सिंग होम/प्रसूति गृह/निजी क्लीनिक/पैथोलॉजी सेन्टर/डेंटल क्लीनिक के संचालन हेतु नवीनीकरण शुल्क (लाइसेन्स दरें)/ विलम्ब शुल्क 31 दिसम्बर के उपरान्त तथा अर्थ दण्ड शुल्क 28 फरवरी के उपरान्त देय प्रतिवर्ष निम्नानुसार है।

कारोबार	नवीनीकरण शुल्क	विलम्ब शुल्क	दण्ड
निजी क्लीनिक	रु 3000 प्रतिवर्ष	रु 300	रु 300
डेंटल क्लीनिक	रु 4000 प्रतिवर्ष	रु 400	रु 400
निजी अस्पताल	रु 5000 प्रतिवर्ष	रु 500	रु 500
एक्स-रे क्लीनिक	रु 2000 प्रतिवर्ष	रु 200	रु 200
पैथोलॉजी सेन्टर	रु 1000 प्रतिवर्ष	रु 100	रु 100
नर्सिंग होम (20 बेड तक)	रु 2000 प्रतिवर्ष	रु 200 (1 जनवरी से 28 फरवरी तक)	रु 100 प्रति मास (28 फरवरी के बाद)
नर्सिंग होम (20 बेड से अधिक)	रु 5000 प्रतिवर्ष	रु 500 (1 जनवरी से 28 फरवरी तक)	रु 250 प्रति मास (28 फरवरी के बाद)
प्रसूति गृह (20 बेड तक)	रु 4000 प्रतिवर्ष	रु 400 (1 जनवरी से 28 फरवरी तक)	रु 200 प्रति मास (28 फरवरी के बाद)
प्रसूति गृह (20 बेड से अधिक)	रु 5000 प्रतिवर्ष	रु 500 (1 जनवरी से 28 फरवरी तक)	रु 250 प्रति मास (28 फरवरी के बाद)