

प्रेषक,

आयुक्त,
खाद्य सुरक्षा एवं औषधि प्रशासन, उ०प्र०,
सेक्टर-सी, अलीगंज, लखनऊ।

सेवा में,

1. समस्त सहायक आयुक्त (औषधि)/औषधि अनुज्ञापन प्राधिकारी (विक्रय)
खाद्य सुरक्षा एवं औषधि प्रशासन,
कार्यालय मण्डलायुक्त, उत्तर प्रदेश।
2. समस्त औषधि निरीक्षक,
खाद्य सुरक्षा एवं औषधि प्रशासन,
कार्यालय जिलाधिकारी, उत्तर प्रदेश।

संख्या- डूग/5846/

लखनऊ

दिनांक

2018

विषय:-नवीन थोक औषधि विक्रय लाइसेंस आवेदन के सम्बन्ध में।

महोदय,

उपरोक्त विषयक इस कार्यालय के पत्र संख्या-डूग/5846/4969-70, दिनांक 08.09.2017 का संदर्भ ग्रहण करने का कष्ट करें, जिसके द्वारा थोक औषधि विक्रय लाइसेंस आवेदक द्वारा प्रस्तुत अनुभव प्रमाण पत्र का सत्यापन जारी करने वाले फर्म के अभिलेखों यथा-वेतन भुगतान, कैश बुक, उपस्थिति पंजिका आदि से करने के निर्देश निर्गत किया गया है।

विभिन्न श्रोतों से प्राप्त फीडबैक एवं आवेदक को आ रही व्यवहारिक कठिनाइयों के दृष्टिगत उपरोक्त आदेश को संशोधित करते हुए निर्देशित किया जाता है कि कॉम्पिटेन्ट पर्सन के अनुभव का सत्यापन अनुभव प्रमाण पत्र निर्गत करने वाले व्यक्ति के शपथ पत्र एवं कॉम्पिटेन्ट पर्सन के शपथ पत्र के आधार पर भी किया जा सकता है।

उपांकित आदेश दिनांक 08.09.2017 उपरोक्त सीमा तक संशोधित समझा जाय।

भवदीया

(मिनिस्ती एस.)

आयुक्त

तददिनांक

संख्या- डूग/5846/

प्रतिलिपि-प्रमुख सचिव, खाद्य सुरक्षा एवं औषधि प्रशासन विभाग, उ०प्र० शासन को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित।

(मिनिस्ती एस.)

आयुक्त

शपथ-पत्र
समक्ष औषधि अनुज्ञापन प्राधिकारी
जनपद.....

- मैं श्री/श्रीमती पुत्र/पुत्री उम्र
निवासी शपथपूर्वक निम्न कथन करता हूँ/करती हूँ—
1. यह कि मैं मेसर्स पता जनपद का
स्वामी/भागीदार/निदेशक हूँ।
 2. यह कि मेसर्स के औषधि विक्रय लाइसेंस का विवरण निम्नवत् है—

क्र०सं०	लाइसेंस फार्म संख्या	लाइसेंस जारी होने की तिथि	लाइसेंस वैधता की तिथि

3. यह कि श्री/श्रीमती पुत्र/पुत्री श्री पता ने
हमारी उपरोक्त फर्म पर औषधियों के क्रय-विक्रय एवं भण्डारण से सम्बन्धित दिनांक
से दिनांक तक कार्य किया है।
4. यह कि श्री/श्रीमती को रू० मासिक वेतन दिया गया है।
अथवा यह कि श्री/श्रीमती को उनके कार्य के लिए कोई वेतन नहीं दिया
गया है।
5. यह कि मैं यह जानता हूँ कि उपरोक्त कथन गलत पाये जाने पर मेरे फर्म का लाइसेंस
निरस्त करते हुए मेरे विरुद्ध विधिक कार्यवाही की जा सकती है।

शपथी

सत्यापन

मैं श्री/श्रीमती शपथ पत्र की धारा 1 से 05 तक के कथन को सत्यापित करता
हूँ/करती हूँ। कोई भी तथ्य छिपाई नहीं गयी है। ईश्वर मेरी मदद करें।

शपथी

शपथ-पत्र
समक्ष औषधि अनुज्ञापन प्राधिकारी
जनपद.....

मैं श्री/श्रीमती पुत्र/पुत्री उम्र
निवासी शपथपूर्वक निम्न कथन करता हूँ/करती हूँ-

1. यह कि मैंने मेसर्स पता जनपद
पर औषधियों के क्रय-विक्रय एवं भण्डारण से सम्बन्धित कार्य दिनांकसे दिनांक
....तक किया है।
2. यह कि मेरी शैक्षिक योग्यताहै।
3. यह कि उपरोक्त अवधि में मैंने अन्य किसी फर्म में कार्यरत नहीं रहा हूँ।
4. यह कि मैं यह जानता हूँ कि उपरोक्त कथन गलत पाये जाने पर मेरे फर्म का लाइसेंस
निरस्त करते हुए मेरे विरुद्ध विधिक कार्यवाही की जा सकती है।

शपथी

सत्यापन

मैं श्री/श्रीमती शपथ पत्र की धारा 1 से 04 तक के कथन को सत्यापित करता
हूँ/करती हूँ। कोई भी तथ्य छिपाई नहीं गयी है। ईश्वर मेरी मदद करें।

शपथी