

समक्ष: श्रीमान मुख्य चिकित्साधिकारी

शपथ पत्र (Affidavit)

जनपद - _____
मैं, शपथी डॉ. _____ पुत्र श्री _____, निवासी - _____ (पूरा पता), निम्नलिखित शपथपूर्वक बयान करता हूँ कि

- ① यह कि शपथी भारतीय चिकित्सा परिषद / स्टेट मेडिकल काउन्सिल _____ से एक रजिस्टर्ड एम.बी.बी.एस. (M.B.B.S.) चिकित्सक (जनरल सर्जन) डॉक्टर है, जिसका रजिस्ट्रेशन नम्बर _____ है।
- ② यह कि शपथी _____ हॉस्पिटल, _____ में ऑन-काल (On-Call) चिकित्सक के रूप में कार्यरत है।
- ③ यह कि शपथी किसी भी सरकारी, अर्धसरकारी या गैर-सरकारी संस्था में पूर्ण या आंशिक रूप से कार्यरत नहीं है।
- ④ यह कि शपथी उपरोक्त प्रतिष्ठान से जब भी कार्य छोड़ेगा, तो इसकी सूचना प्रतिष्ठान के स्वामी तथा अधोहस्ताक्षरी कार्यालय को एक माह पूर्व दे देगा।

दिनांक - _____ स्थान - _____ शपथी के हस्ताक्षर - _____

प्रमाणन (सत्यापन)

मैं, शपथी डॉ. _____, यह सत्यापन करता हूँ कि उपरोक्त शपथ पत्र की धारा 1 से 4 तक का विवरण मेरे निजी ज्ञान एवं विश्वास के अनुसार सत्य और सही है। इसमें कोई भी तथ्य भ्रामक रूप से प्रस्तुत नहीं किया गया है और न ही कोई तथ्य छिपाया गया है। यदि कोई तथ्य असत्य पाया जाता है, तो उसके परिणाम के लिए मैं स्वयं पूर्ण रूप से जिम्मेदार रहूँगा।

आज दिनांक - _____ को अपने हस्ताक्षर बनाकर सत्यापित किया।

शपथी के हस्ताक्षर - _____

