

राजस्थान सरकार
निदेशालय, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवायें, राजस्थान, जयपुर

क्रमांक: एफ3(5)/चि.प्र./किल.एस्टे. एक्ट/2025/१०

दिनांक: २१-१-२५

प्रभारी अधिकारी सर्वर रूम,
मुख्यालय।

विषय:- क्लिनिकल एस्ट्रीब्लिशमेंट एक्ट के अन्तर्गत रोग विज्ञान प्रयोगशाला का स्थायी पंजीकरण हेतु आम जन से आपती लिये जाने के लिए विभागीय बैवसाइड पर अपलोड करने बाबत।

उपरोक्त विषयान्तर्गत कर लेख है कि क्लिनिकल एस्ट्रीब्लिशमेंट एक्ट के अन्तर्गत रोग विज्ञान प्रयोगशाला का स्थायी पंजीकरण हेतु आपती के लिये विभागीय बैवसाइड पर अपलोड किये जाने का प्रावधान है। जिलो से क्लिनिकल एस्ट्रीब्लिशमेंट एक्ट के अन्तर्गत रोग विज्ञान प्रयोगशाला का पंजीकरण हेतु आपती के लिए विभागीय बैवसाइड पर अपलोड करने हेतु चैक लिस्ट प्राप्त हुई है।

अतः विभागीय बैवसाइड पर रोग विज्ञान प्रयोगशाला को पंजीकरण हेतु चैक लिस्ट को अपलोड करने का श्रम करावे।

संलग्न:- चैक लिस्ट

1. श्री कृष्णा डायग्नोस्टिक सेन्टर, अलवर।
2. रवि डायग्नोस्टिक सेन्टर, अलवर।
3. दीपक मेडीकल एण्ड डायग्नोस्टिक सेंटर, कठूमर, अलवर।
4. शिवानी डायग्नोस्टिक सेन्टर, खडली।
5. श्रीजी बायोक्राइन लैब, राजसंमद।
6. श्रीनाथ लैब, राजसंमद।
7. श्रीनाथ सी.टी.सेन्टर एण्ड इमेंजिंग सेन्टर (एस.डी.लैब) राजसंमद।

अति० निदेशक (चि०प्र०)
चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवायें
राजस्थान जयपुर

क्रमांक: एफ3(5)/चि.प्र./किल.एस्टे. एक्ट/2025/१०

दिनांक: २१-१-२५

प्रतिलिपि:-निम्न को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित है :-

1. निजी सहायक, निदेशक (जन स्वास्थ्य) चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवायें, राजस्थान जयपुर।
2. मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, अलवर को उनके पत्र क्रमांक 44 दिनांक 08.01.2025, 45 दिनांक 08.01.2025 एवं 2718 दिनांक 04.12.2024 के क्रम में।
3. मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, राजसंमद को उनके पत्रांक 272 दिनांक 15.01.2025, 273 दिनांक 15.01.2025 एवं 274 दिनांक 15.01.2025 के क्रम में।
4. प्रभारी सर्वर रूम ईमल हेतु।
5. रक्षित पत्रावली।

क्लिनिकल एस्टेब्लिशमेंट प्रयोगशाला पंजीकरण चैक लिस्ट
(Medium Lab)

1. प्रयोगशाला कार्मिक (योग्यता) :-

- चिकित्सक :- (MBBS/...M.B.B.S.....)
- लैब टेक्निशियन न्यूनतम दो:- (DMLT/MLT/...D.M.L.T.....)
- सहायक लैब टेक्निशियन न्यूनतम एक :- (DMLT/MLT D.M.L.T.....)

2. उपकरण सूची :-

- उपकरणों की सूची एवं मात्रा (हाँ/नहींYes.....)
- जीवाणुनाशक हेतु हांट एयर ओवग (हाँ/नहींYes.....)
- रिएजेन्ट और अन्य कन्ज्यूमएबल आइटम की सूची (हाँ/नहींYes.....)

3. मरीजों का रिकॉर्ड :-

- ओपीडी रजिस्टर (हाँ/नहींYes.....)
- मेडिकोलीगल रिकॉर्ड (हाँ/नहींYes.....)
- शिकायत रजिस्टर/फीडबैक सिस्टम (हाँ/नहींYes.....)

4. साइनेज प्रयोगशाला के बाहर/भीतर जिसमें निम्न जानकारी

- प्रभारी का नाम ...Dr. MANITA KHUTETA.....
- पंजीकरण संख्या4728/16260.....
- योग्यताM.B.B.S.....
- परामर्शदाताओं का नाम मय मोबाईल न०9351693929.....
- जॉच की संख्या30.....
- जॉच का प्रकार व फीसAccording to the union.....

5. प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड में पंजीकरण दिनांक मय पंजीकरण कमांक

- बायोमेडिकल वेस्ट प्रबंधक अनुबंध की अवधि30/04/2025.....
- बायोमेडिकल वेस्ट रजिस्टर का संधारण - (हाँ/नहींYes.....)
- बायोमेडिकल वेस्ट गाइडलाइन प्रदर्शित - (हाँ/नहींYes.....)

क्लिनिकल एस्टेब्लिशमेंट प्रयोगशाला पंजीकरण चैक लिस्ट
(Medium Lab)

1. प्रयोगशाला कार्मिक (योग्यता) :-

- चिकित्सक :- (MBBS/.....M.B.B.S.....)
- लैब टेक्निशियन न्यूनतम दो:- (DMLT/MLT/.....DMLT.....)
- सहायक लैब टेक्निशियन न्यूनतम एक :- (DMLT/MLT.....DMLT.....)

2. उपकरण सूची :-

- उपकरणों की सूची एवं मात्रा (हाँ/नहींये.....)
- जीवाणुनाशक हेतु हांट एयर ओवन (हाँ/नहींये.....)
- रिएजेंट और अन्य कन्ज्यूमएबल आइटम की सूची (हाँ/नहींये.....)

3. मरीजों का रिकॉर्ड :-

- ओपीडी रजिस्टर (हाँ/नहींये.....)
- मेडिकोलीगल रिकॉर्ड (हाँ/नहींये.....)
- शिकायत रजिस्टर/फीडबैक सिस्टम (हाँ/नहींये.....)

4. साइनेज प्रयोगशाला के बाहर/भीतर जिसमें निम्न जानकारी

- प्रभारी का नामDR. MANITA KHUTETA.....
- पंजीकरण संख्या4728/16260.....
- योग्यताMBBS.....
- परामर्शदाताओं का नाम मय मोबाईल न09351693929.....
- जॉच की संख्या30.....
- जॉच का प्रकार व फीसAccording to the union.....

5. प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड में पंजीकरण दिनांक मय पंजीकरण कमांक

- बायोमेडिकल वेस्ट प्रबंधक अनुबंध की अवधि30/04/2025.....
- बायोमेडिकल वेस्ट रजिस्टर का संधारण - (हाँ/नहींये.....)
- बायोमेडिकल वेस्ट गाइडलाइन प्रदर्शित - (हाँ/नहींये.....)

6. फायर सेफ्टी :-

- अग्निशामक यंत्र उपलब्धता - (हो/नहीं ५९३.....)
- नगरीय निकाय/ पंचायत एनओसी :- (हो/नहीं ५९३.....)

7. सामान्य सुविधाएँ :-

- रजिस्ट्रेशन काउंटर एवं विलिंग काउंटर (हो/नहीं ५९३.....)
- सैम्पल कलेक्शन कक्ष (हो/नहीं ५९३.....)
- एचआईवी जॉब (यदि की जाती है तो) परामर्श कक्ष की उपलब्धता (हो/नहीं) ५९३.....

✓ पैंजल

✓ शौचालय

सत्यापन :- मैं RINKESH KUMAR DANHAT प्रयोगशाला प्रभारी घोषणा करता हूँ कि क्लिनिकल एस्टेब्लिशमेंट एक्ट के तहत मेरी प्रयोगशाला के पंजीकरण हेतु बैंक लिस्ट के बिन्दु संख्या 01 से 07 तक की सम्पूर्ण जानकारी मेरे द्वारा सही प्रस्तुत की गई है।

हस्ताक्षर

प्रयोग शाला प्रभारी का नाम :- RINKESH KUMAR DANHAT

मोबाईल नम्बर :- 9950073687

पता :- UPO - HALDENA, MALAKHATA, BIHAR.

मुख्य अभियंता एवं स्वास्थ्य अधिकारी
अन्तर (राज्य)

क्लिनिकल एस्टेब्लिशमेंट प्रयोगशाला पंजीकरण चैक लिस्ट
(Medium Lab)

1. प्रयोगशाला कार्मिक (योग्यता) :-

- चिकित्सक :- (MBBS/.....MD.....)
- लैब टेक्निशियन न्यूनतम दो:- (DMLT/MLT/.....)
- सहायक लैब टेक्निशियन न्यूनतम एक :- (DMLT/MLT.....)

2. उपकरण सूची :-

- उपकरणों की सूची एवं मात्रा (हैं/नहीं.....)
- जीवाणुनाशक हेतु हांट एयर ओवन (हैं/नहीं.....)
- रिएजेन्ट और अन्य कन्ज्यूमेबल आइटम की सूची (हैं/नहीं.....)

3. मरीजों का रिकॉर्ड :-

- ओपीडी रजिस्टर (हैं/नहीं.....)
- मेडिकोलीगल रिकॉर्ड (हैं/नहीं.....)
- शिकायत रजिस्टर/फीडबैक सिस्टम (हैं/नहीं.....)

4. साइनेज प्रयोगशाला के बाहर/भीतर जिसमें निम्न जानकारी

- प्रभारी का नाम ...DR. ANKITA GUPTA
- पंजीकरण संख्या ...RML NO. 34902
- योग्यता ...MD (Pathology)
- परामर्शदाताओं का नाम मय मोबाईल न० ...DR. ANKITA GUPTA
- जाँच की संख्या ...medium LAB.
- जाँच का प्रकार व फीस ...S.M.L. CC

5. प्रदुपण नियंत्रण बोर्ड में पंजीकरण दिनांक मय पंजीकरण कमांक

- बायोमेडिकल वेस्ट प्रबंधक अनुबंध की अवधि ...25/4/2024 To 24/04/2025
- बायोमेडिकल वेस्ट रजिस्टर का संधारण - (हैं/नहीं.....)
- बायोमेडिकल वेस्ट गाइडलाईन प्रदर्शित - (हैं/नहीं.....)

6. फायर सेफ्टी :-

- अग्निशामक यंत्र उपलब्धता - (हाँ/नहीं)
- नगरीय निकाय/ पंचायत एनओसी :- (हाँ/नहीं)

7. सामान्य सुविधाएँ :-

- रजिस्ट्रेशन काउंटर एवं बिलिंग काउंटर (हाँ/नहीं)
- सैम्पल कलेक्शन कक्ष (हाँ/नहीं)
- एचआईवी जॉच (यदि की जाती है तो) परामर्श कक्ष की उपलब्धता (हाँ/नहीं)
- पेयजल
- शौचालय

सत्यापन :- मैं अंकिता गुप्ता प्रयोगशाला प्रभारी घोषणा करता हू कि क्लिनिकल एस्टेब्लिशमेंट एक्ट के तहत मेरी प्रयोगशाला के पंजीकरण हेतु चैक लिस्ट के बिन्दु संख्या 01 से 07 तक की सम्पूर्ण जानकारी मेरे द्वारा सही प्रस्तुत की गई है।

Ankita Gupta
हस्ताक्षर

प्रयोग शाला प्रभारी का नाम :- **DR. ANKITA GUPTA**
MD (PATHOLOGY)
(RMC No: 34902)

मोबाईल नम्बर :- 9664027030

पता :- Park Residency Sec-10
File No 101 / AIW 02

Ankita Gupta
मुख्य निगरानी एवं स्वास्थ्य अधिकारी
अलावर (राज.)

क्लिनिकल एस्टेब्लिशमेंट प्रयोगशाला पंजीकरण चैक लिस्ट
(Basic Composite Lab)

1. प्रयोगशाला कार्मिक (योग्यता) :-
 - लैब टेक्निशियन :- (DMLT/MLT/.....)m.....)
 - सहायक लैब टेक्निशियन :- (DMLT/MLT ..m.....)
2. उपकरण सूची :-
 - उपकरणों की सूची एवं मात्रा (हाँ/नहींyes.....)
 - जीवाणुनाशक हेतु हांट एयर ओवन (हाँ/नहींyes.....)
 - रिएजेन्ट और अन्य कन्ज्यूमएवल आइटम की सूची (हाँ/नहींyes.....)
3. मरीजों का रिकॉर्ड :-
 - ओपीडी रजिस्टर (हाँ/नहींyes.....)
 - मेडिकोलीगल रिकॉर्ड (हाँ/नहींyes.....)
 - शिकायत रजिस्टर/फीडबैक सिस्टम (हाँ/नहींyes.....)
4. साइनेज प्रयोगशाला के बाहर/भीतर जिसमें निम्न जानकारी
 - प्रभारी का नामBalwant Singh.....
 - पंजीकरण संख्या3453.....
 - योग्यताMBBS.....
 - परामर्शदाताओं का नाम मय मोबाईल न091133386752.....
 - जाँच की संख्या5-7.....
 - जाँच का प्रकार व फीसaccording to doctor perselation.....
5. प्रदुषण नियंत्रण बोर्ड में पंजीकरण दिनांक मय पंजीकरण कमांक
 - बायोमेडिकल वेस्ट प्रबंधक अनुबंध की अवधि18/04/24-17/04/25.....
 - बायोमेडिकल वेस्ट रजिस्टर का संधारण - (हाँ/नहींyes.....)
 - बायोमेडिकल वेस्ट गाइडलाईन प्रदर्शित - (हाँ/नहींyes.....)


मुख्य निदेशिका एवं स्वास्थ्य अधिकारी
अलावर (राज0)

6. फायर सेपटी :-

- अग्निशामक यंत्र उपलब्धता - (हॉ/नहीं५९.....)
- नगरीय निकाय/ पंचायत एनओसी :- (हॉ/नहीं५९.....)

7. सामान्य सुविधाएँ :-

- रजिस्ट्रेशन काउंटर एवं बिलिंग काउंटर (हॉ/नहीं५९.....)
- सैम्पल कलेक्शन कक्ष (हॉ/नहीं५९.....)
- एचआईवी जॉच (यदि की जाती है तो) परामर्श कक्ष की उपलब्धता (हॉ/नहीं)५९.....
- पेयजल ५९
- शौचालय ५९

सत्यापन :- मैंDeepak Vaishav..... प्रयोगशाला प्रभारी घोषणा करता हू कि क्लिनिकल एस्टेब्लिशमेंट एक्ट के तहत मेरी प्रयोगशाला के पंजीकरण हेतु चैक लिस्ट के बिन्दु संख्या 01 से 07 तक की सम्पूर्ण जानकारी मेरे द्वारा सही प्रस्तुत की गई है।

Deepak
हस्ताक्षर

प्रयोगशाला प्रभारी का नाम :- Deepak Vaishav

मोबाईल नम्बर :-8107647307.....

पता :-Kheru, Teh. Kathunax, Dist. Alwar.....

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी
अलवर (राज०)

(3891359519) *Kathumar (Alwar)*
 क्लिनिकल एस्टेब्लिशमेंट प्रयोगशाला पंजीकरण चैक लिस्ट
 (Basic Composite Lab).

1. प्रयोगशाला कार्मिक (योग्यता) :-

- लैब टेक्निशियन :- (DMLT/MLT/ मेजरिटे)
- सहायक लैब टेक्निशियन :- (DMLT/MLT विनायक कुंवर)

2. उपकरण सूची :-

- उपकरणों की सूची एवं मात्रा (हाँ/नहीं CBC, M:chines + chemse Analyser)
- जीवाणुनाशक हेतु हांट एयर ओवन (हाँ/नहीं _____)
- रिफ्लेक्ट और अन्य कन्व्यूनएबल आइटम की सूची (हाँ/नहीं _____)

3. नरीजों का रिकॉर्ड :-

- जोपीडी रजिस्टर (हाँ/नहीं हाँ)
- नेडिकोलीगल रिकॉर्ड (हाँ/नहीं नहीं)
- शिकायत रजिस्टर/फोडबैक सिस्टम (हाँ/नहीं हाँ)

4. साइनेज प्रयोगशाला के बाहर/भीतर जितने विन्न जानकारी

- प्रभारी का नाम अभिषेक इशरिया
- पंजीकरण संख्या _____
- योग्यता B.Sc and B.Pharm
- परामर्शदाताओं का नाम नय नोबईल न0 _____
- जाँच की संख्या 5-10 / day
- जाँच का प्रकार व फ्रीस According to test

5. प्रदुषण नियंत्रण बोर्ड में पंजीकरण दिनांक नय पंजीकरण कनांक

- दायोनेडिकल वेस्ट प्रबंधक अनुबंध की अवधि 27-8-2024 To 25-8-25
- दायोनेडिकल वेस्ट रजिस्टर का संघारण - (हाँ/नहीं _____)
- दायोनेडिकल वेस्ट गाइडलाईन प्रदर्शित - (हाँ/नहीं _____)

*Deepak Medical & Diagnostic Centre
 In Front of CHC
 Kathumar (Alwar)*

फायर सेफ्टी :-

- अग्निशामक यंत्र उपलब्धता - (हाँ/नहीं हाँ.....)
- नगरीय निकाय/ पंचायत एनओसी :- (हाँ/नहीं R.M.O. Alwar.....)

7. सामान्य सुविधाएँ :-

- रजिस्ट्रेशन काउंटर एवं बिलिंग काउंटर (हाँ/नहीं हाँ.....)
- सैम्पल कलेक्शन कक्ष (हाँ/नहीं हाँ.....)
- एचआईवी जॉच (यदि की जाती है तो) परामर्श कक्ष की उपलब्धता (हाँ/नहीं) हाँ.....
- पेंसिल हाँ
- शौचालय हाँ

सत्यापन :- मैं शशिषेक गुरु रिषा..... प्रयोगशाला प्रभारी घोषणा करता हूँ कि क्लिनिकल एस्टेब्लिशमेंट एक्ट के तहत मेरी प्रयोगशाला के पंजीकरण हेतु चैक लिस्ट के बिन्दु संख्या 01 से 07 तक की सम्पूर्ण जानकारी मेरे द्वारा सही प्रस्तुत की गई है।

हस्ताक्षर

Deepak Medical & Diagnostic Centre
In Front of CHC
Kathumar (Alwar)

प्रयोगशाला प्रभारी का नाम :- शशिषेक गुरु रिषा

मोबाईल नम्बर :- 7891389819

पता :- OPPOSITE CHC Kathumar Alwar

Deepak Medical & Diagnostic Centre
In Front of CHC
Kathumar (Alwar)

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी
अलावर (राज०)

क्लिनिकल एस्टेब्लिशमेंट प्रयोगशाला पंजीकरण (Basic Composite Lab)

आवश्यक दस्तावेज

1. ऑनलाईन आवेदन की प्रमाणित प्रतिलिपि। हाँ |
2. सीएमएचओ अलावर के नाग डी.डी. (प्रयोगशाला के प्रकार के अनुरूप रीई का निर्धारित शुल्क) हाँ |
3. प्रयोगशाला स्थल/भवन का किरायानागा दस्तावेज गय स्थान का नक्शा हाँ |
4. प्रयोगशाला प्रभारी का पहचान पत्र (आधार कार्ड/ड्राइविंग लाइसेंस) हाँ |
5. प्रयोगशाला में कार्यरत कार्मिकों के दस्तावेज (डिग्री, पंजीकरण सर्टिफिकेट)
 - लैब टेक्निशियन →
 - लैब सहायक →
 - अन्य कार्मिक →
6. प्रयोगशाला में कार्य करने वाले समस्त कार्मिकों के अनुबंध की नोटरी शपथ पत्र
7. प्रयोगशाला प्रभारी द्वारा प्रयोगशाला के क्लिनिकल एस्टेब्लिशमेंट एक्ट के तहत संचालन हेतु एवं कार्यरत कार्मिक के संबंध में नोटरी शपथ पत्र
8. प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड पंजीकरण सर्टिफिकेट
9. बायोमेडिकल वेस्ट अनुबंध
10. नगर निकाय/पंचायत की एनओसी (फायर सेफ्टी/स्थापना)
11. प्रयोगशाला का उद्योग विभाग में पंजीकरण

Deepak Medical & Diagnostic Centre
In Front of CHC
Kathumar (Alwar)

नोट :- सभी दस्तावेजों की हार्ड कॉपी प्रयोगशाला प्रभारी द्वारा प्रमाणित करवाकर आवेदन पत्र के साथ प्रस्तुत करेंगे।

11

(राजस्थान सरकार)
र्यालय मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, जिला राजसमंद

mand@gmail.com

मु.चि.अ./क्लि0ए स्टे0ए क्ट0/2024/272

(Phone No.) - 02952- 221716

दिनांक :- 15-01-2025


राजस्थान क्लिनिकल एस्टेब्लिसमेन्ट एक्ट नियम 2013 व सशोधित नियम 2015

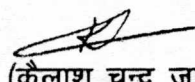
के तहत राज्य में क्लिनिकल एस्टेब्लिसमेन्ट एक्ट रजिस्ट्रेशन चैक लिस्ट

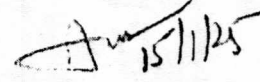
प्रयोगशाला का नाम :- SHREEJI BIOCRINE LABORATORY

1. CMHO RAJSAMAND के नाम से नियमानुसार शुल्क का डिमाण्ड ड्राफ्ट हां / नहीं
2. ऑफलाईन/ऑनलाईन फॉर्म कॉपी । हां / नहीं
3. सस्थान पर सहज दृश्य पर रेट लिस्ट का प्रदर्शन करें। हां / नहीं
4. इलाज/जांच की गुणवता जिसमे बैसिक/मध्यम/एडवांस के अनुसार निर्धारित योग्यता धारी मानव ससाधन से कार्य करवाना सुनिश्चित करावे। हां / नहीं
5. बायोमेडिकल रजिस्ट्रेशन अनिवार्य। हां / नहीं
6. पोल्यूशन कन्ट्रोल रजिस्ट्रेशन प्रमाण पत्र अनिवार्य। हां / नहीं
7. कलेक्शन सेन्टर अनिवार्य। हां / नहीं
8. चिकित्सक/पैथोलोजिस्ट के दस्तावेज। हां / नहीं
9. एमओयू की उपलब्धता। हां / नहीं
10. भवन स्वामीत्व के दस्तावेज/किराये का एग्रीमेन्ट। हां / नहीं
11. फायर सैफ्टी उपकरण /फायर एनओसी सर्टिफिकेट। हां / नहीं
12. नियमानुसार आरपीएमसी रजिस्टर्ड एलटी। हां / नहीं
13. चिकित्सा अधिकारी द्वारा घोषणा-पत्र। हां / नहीं
14. रेडियोग्राफर के दस्तावेज। हां / नहीं
15. एआरबी सर्टिफिकेट । हां / नहीं

नोट:- उपरोक्त सभी दस्तावेज एक फाईल कवर के अन्दर ऑफलाईन सीएमएचओ ऑफीस राजसमन्द में जमा करावें।


(श्री मुजुम्कर हुसैन)
वरिष्ठ सहायक


(कैलाश चन्द्र जाट)
सहायक प्रोग्रामर


(डॉ. नरेन्द्र यादव)
नोडल अधिकारी

उप मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी (प.क.)
राजसमन्द

(राजस्थान सरकार)

मालय मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, जिला राजसमंद

mand@gmail.com

(Phone No.) - 02952- 221716

चि.अ./विलोए स्टे०ए गट०/2024/273

दिनांक :- 15-01-2025

राजस्थान क्लिनिकल एस्टेब्लिसमेन्ट एक्ट नियम 2013 व सशोधित नियम 2015
के तहत राज्य में क्लिनिकल एस्टेब्लिसमेन्ट एक्ट रजिस्ट्रेशन चैक लिस्ट

प्रयोगशाला का नाम :- SHREENATH LAB

- | | |
|---|--------------|
| 1. CMHO RAJSAMAND के नाम से नियमानुसार शुल्क का डिमाण्ड ड्राफ्ट | ✓ हां / नहीं |
| 2. ऑफलाईन/ऑनलाईन फॉर्म कॉपी । | ✓ हां / नहीं |
| 3. सस्थान पर सहज दृश्य पर रेट लिस्ट का प्रदर्शन करें। | ✓ हां / नहीं |
| 4. इलाज/जांच की गुणवत्ता जिसमें बैसिक/मध्यम/एडवॉन्स के अनुसार निर्धारित योग्यता धारी मानव ससांघन से कार्य करवाना सुनिश्चित करावे। | ✓ हां / नहीं |
| 5. बायोमेडिकल रजिस्ट्रेशन अनिवार्य। | ✓ हां / नहीं |
| 6. पोल्यूशन कंट्रोल रजिस्ट्रेशन प्रमाण पत्र अनिवार्य <i>बिना संलग्न</i> | हां / नहीं |
| 7. कलेक्शन सेन्टर अनिवार्य। | ✓ हां / नहीं |
| 8. चिकित्सक/पैथोलोजिस्ट के दस्तावेज। | ✓ हां / नहीं |
| 9. एमओयू की उपलब्धता। | ✓ हां / नहीं |
| 10. भवन स्वामीत्व के दस्तावेज/किराये का एग्रीमेन्ट। | हां / नहीं ✓ |
| 11. फायर सैफ्टी उपकरण /फायर एनओसी सर्टिफिकेट। | ✓ हां / नहीं |
| 12. नियमानुसार आरपीएमसी रजिस्टर्ड एलटी। | ✓ हां / नहीं |
| 13. चिकित्सा अधिकारी द्वारा घोषणा-पत्र। | हां / नहीं ✓ |
| 14. रेडियोग्राफर के दस्तावेज। | हां / नहीं ✓ |
| 15. एआरवी सर्टिफिकेट । | हां / नहीं ✓ |

नोट:- उपरोक्त सभी दस्तावेज एक फाईल कवर के अन्दर ऑफलाईन सीएमएचओ ऑफीस राजसमन्द में जमा करावें।

(श्री मुजपकर हुसैन)
वरिष्ठ सहायक

(कैलाश चन्द्र जाट)
सहायक प्रोग्रामर

(डॉ. नरेन्द्र यादव)
नोडल अधिकारी
उप मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी (प.क.)
राजसमन्द

(राजस्थान सरकार)

राजस्थान राज्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, जिला राजसमंद

samand@gmail.com

(Phone No.) - 02952-221716

क्र. :- मु.चि.अ./विलोए स्टेओ एटो/2024/ 274

दिनांक :- 15-01-2024

राजस्थान क्लिनिकल एस्टेब्लिसमेन्ट एक्ट नियम 2013 व सशोधित नियम 2015

के तहत राज्य में क्लिनिकल एस्टेब्लिसमेन्ट एक्ट रजिस्ट्रेशन चैक लिस्ट

प्रयोगशाला का नाम :- SHRINATH C.T SCAN AND DIAGNOSTIC CENTER (SD LAB)

1. CMHO RAJSAMAND के नाम से नियमानुसार शुल्क का डिमाण्ड ड्राफ्ट हां / नहीं
2. ऑफलाइन/ऑनलाईन फॉर्म कॉपी हां / नहीं
3. सस्थान पर सहज दृश्य पर रेट लिस्ट का प्रदर्शन करें। हां / नहीं
4. इलाज/जांच की गुणवत्ता जिसमें बैसिक/मध्यम/एडवांन्स के अनुसार निर्धारित योग्यता धारी मानव ससाधन से कार्य करवाना सुनिश्चित करावे। हां / नहीं
5. बायोमेडिकल रजिस्ट्रेशन अनिवार्य। हां / नहीं
6. पोल्यूशन कन्ट्रोल रजिस्ट्रेशन प्रमाण पत्र अनिवार्य। हां / नहीं
7. कलेक्शन सेन्टर अनिवार्य। हां / नहीं
8. चिकित्सक/पैथोलोजिस्ट के दस्तावेज। हां / नहीं
9. एमओयू की उपलब्धता। हां / नहीं
10. भवन स्वामीत्व के दस्तावेज/किराये का एग्रीमेन्ट। हां / नहीं
11. फायर सैफ्टी उपकरण /फायर एनओसी सर्टिफिकेट। हां / नहीं
12. नियमानुसार आरपीएमसी रजिस्टर्ड एलटी। हां / नहीं
13. चिकित्सा अधिकारी द्वारा घोषणा-पत्र। हां / नहीं
14. रेडियोग्राफर के दस्तावेज। हां / नहीं
15. एआरबी सर्टिफिकेट। हां / नहीं

नोट:- उपरोक्त सभी दस्तावेज एक फाईल कवर के अन्दर ऑफलाइन सीएमएचओ ऑफीस राजसमन्द में जमा करावें।

(श्री मुजफ्फर हुसैन)
वरिष्ठ सहायक

(कैलाश चन्द्र जाट)
सहायक प्रोग्रामर

(डॉ. नरेन्द्र यादव)
नोडल अधिकारी

उप मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी (प.क.)
राजसमन्द