

Photo

:: घोषणा पत्र ::

मैं _____ पुत्र श्री _____
 उम्र _____ जाति _____ निवासी _____
 मालिक/भागीदार फर्म मैसर्स _____ पता _____
 निम्नलिखित घोषणा करता हूँ कि :

1. मैं फर्म मैसर्स _____ पता _____
 का एक मात्र मालिक/भागीदार हूँ तथा निम्न व्यक्ति और साझेदार हैं:
 1. _____
 2. _____
 3. _____
2. यह कि उक्त फर्म का औषधि अनुज्ञापत्र संख्या _____ है जो दिनांक _____
 को अनुज्ञापन प्राधिकारी, _____ द्वारा जारी किया गया था एवं दिनांक _____ तक
 नवीनीकृत किया हुआ है।
3. यह कि श्री _____ पुत्र श्री _____ ने मेरी
 फर्म से दिनांक _____ से दिनांक _____ तक कुल _____ वर्ष _____ माह
 तक पूरे समय के लिये योग्य व्यक्ति/फर्मासिस्ट श्री _____ की
 देखरेख में औषधियों के क्रय विक्रय का कार्य किया है जिसके लिये उन्हें _____ माहवार दिये
 जाते थे। उन्होंने दिनांक _____ से यहाँ से कार्य करना छोड़ दिया है।

हस्ताक्षर घोषणाकर्ता

:: सत्यापन ::

मैं _____ पुत्र श्री _____ उम्र _____
 निवासी _____ घोषणा करता हूँ कि उपरोक्त पैरा
 संख्या 01 से 3 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 मेरे द्वारा दी गई सूचना गलत या असत्य पाई जाती है तो
 मैं कानूनी रूप से दण्ड का भागीदार होऊंगा। साथ ही मेरे द्वारा प्राप्त की गई सुविधाएँ भी समाप्त मानी
 जावेगी।

दिनांक
 स्थान

हस्ताक्षर घोषणाकर्ता