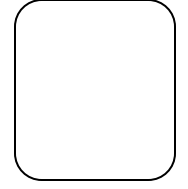


समक्ष,

सचिव/कार्यक्रम निदेशक
रूरल टेलीमेडिसिन पैरामेडिकल
एसोसिएशन लखनऊ (उ०प्र०)



स्वप्रमाणित फोटो

मैं.....पिता/पतिकानाम.....
पता-ग्राम/मो0.....पोस्ट.....
.....तहसील..... जिला.....
पिन कोड..... प्रदेश..... का निवासी हूँ। मैंने पैरामेडिकल
कॉलेज/संस्थान.....से डिप्लोमा/ सर्टिफिकेट (कोर्स का
नाम).....सत्र..... में सफलता पूर्वक उत्तीर्ण किया है।

रूरल टेलीमेडिसिन पैरामेडिकल एसोसिएशन द्वारा भारत के ग्रामीण क्षेत्र में ग्रामीण स्वास्थ्य सेवा को टेलीमेडिसिन के माध्यम से बेहतर बनाने हेतु एसोसिएशन द्वारा संचालित सदस्यता कार्यक्रम के अन्तर्गत ग्रामीण प्राथमिक उपचारक एवं प्रभारी ग्रामीण टेलीमेडिसिन ई-क्लिनिक (Health and Wellness Sub Center) पर टेली डाक्टर द्वारा मेरे सहयोग से किये जाने वाले इलाज के लिए पंजीयन कराने हेतु निम्नलिखित शर्तों के साथ आवेदन कर रहा हूँ।

1. ग्रामीण स्वास्थ्य सेवा में प्राथमिक उपचार को बेहतर बनाने हेतु एसोसिएशन द्वारा चलायें जा रहे सदस्यता कार्यक्रम के अन्तर्गत पंजीयन फॉर्म के साथ मेरे द्वारा दिया गया विवरण (स्व: हस्ताक्षरित दस्तावेज के साथ) सत्य एवं सही है।
2. एसोसिएशन, मेरे द्वारा जमा दस्तावेज का सत्यापन करा सकता है असत्य पाये जाने पर एसोसिएशन मेरा पंजीयन (सदस्यता हेतु) जमा शुल्क को जब्त करते हुए निरस्त कर सकता है।
3. जब तक मैं एसोसिएशन से जुड़ा रहूँगा तब तक एसोसिएशन द्वारा दिए जा रहे लिखित/मौखिक दिशा-निर्देशों का पालन मेरे द्वारा किया जायेगा।
4. मैं ग्रामीण प्राथमिक उपचारक एवं प्रभारी ग्रामीण टेलीमेडिसिन ई-क्लिनिक उपकेंद्र (Health and Wellness Sub Center) स्वास्थ्य कर्मी/चिकित्सक सहायक पद पर कार्य स्वयं की जिम्मेदारी पर करूँगा मेरे द्वारा किये गये किसी भी विधि/विरुद्ध कृत्यों के लिए मैं स्वयं जिम्मेदार रहूँगा, रूरल टेलीमेडिसिन पैरामेडिकल एसोसिएशन की कोई जिम्मेदारी नहीं होगी।
5. मैंने भारतीय आयुर्विज्ञान परिषद् के अधिक्रमण के शाषी बोर्ड अधिसूचना (सी. जी. डी. एल. – अ – 14052020-219374 नई दिल्ली, 12 मई 2020 को जारी किये गए "भारत का राजपत्र" एवं नेशनल मेडिकल कमीशन (Guideline for Practice of Telemedicine of India 2022) को बहुत अच्छे तरीके से पढ़ एवं समझ लिया हूँ मैं Health and Wellness Sub Center पर स्वास्थ्य कर्मी के रूप में गजट में दिए गए दिशा-निर्देश के अनुसार पूरी जिम्मेदारी से कार्य करूँगा/करूँगी।
6. भारत सरकार ने भारतीय आयुर्विज्ञान परिषद् (Indian Medical Council) 1956 के अधिनियम का इस्तेमाल करते हुए Indian Medical Council (Professional Conduct, Etiquette, and Ethics) Regulations, 2002 (भारतीय आयुर्विज्ञान परिषद् (व्यवसायिक आचरण शिष्टाचार एवं नैतिकता) विनियमावली 2002 में 25 मार्च 2020 को संशोधित करने के लिए नए अधिनियम बनाये जो कि (भारतीय आयुर्विज्ञान परिषद् (व्यवसायिक आचरण शिष्टाचार एवं नैतिकता) विनियमावली 2020 Indian Medical Council (Professional Conduct, Etiquette, and Ethics) Regulations, 2020 कहा जाता है। जिसके द्वारा भारत में टेलीमेडिसिन को कानूनी मान्यता प्रदान किया गया है, जिसके अन्तर्गत हेल्थ वर्कर / चिकित्सक सहायक के सहयोग से स्वास्थ्य कल्याण (ई-क्लिनिक) उपकेंद्र (Health and Wellness Sub Center) पर पंजीकृत चिकित्सक द्वारा किये जाने वाले इलाज/परामर्श के संचालन हेतु दिए गये सभी दिशा-निर्देशों की मुझे पूरी जानकारी है, मैं उन सभी दिशा-निर्देशों का पालन करते हुए (Health and Wellness Sub Center) का संचालन करूँगा/करूँगी।
7. यह की मेरे द्वारा संचालित टेलीमेडिसिन (Health and Wellness Sub Center) में भारत सरकार द्वारा जारी टेलीमेडिसिन गाइड लाइन 2020 के अनुसार सभी उपकरण एवं अन्य उपयोगी सामग्री उपलब्ध रहेंगे।

8. मुझे मालूम है कि मेरे द्वारा जमा किया शुल्क एसोसिएशन द्वारा वापस नहीं किया जायेगा | मैं एसोसिएशन को पूर्ण भरोसा देता हूँ कि ग्रामीण प्राथमिक उपचारक एवं ग्रामीण टेलीमेडिसिन ई-क्लिनिक उपकेंद्र (Health and Wellness Sub Center) के प्रभारी के रूप में कार्य करते हुए मेरे द्वारा Indian Medical Act एवं भारतीय कानून का उल्लंघन नहीं किया जायेगा | ग्रामीण प्राथमिक उपचारक एवं प्रभारी ग्रामीण टेलीमेडिसिन ई-क्लिनिक उपकेंद्र (Health and Wellness Sub Center) स्वास्थ्य कर्मी / चिकित्सक सहायक के रूप में कार्य करते हुए यदि किसी भी प्रकार से किसी भी स्थिति में कानून का उल्लंघन मेरे द्वारा किया जाता है तो उसके लिए मैं स्वयं जिम्मेदार रहूँगा, रूरल टेलीमेडिसिन पैरामेडिकल एसोसिएशन (उ०प्र०) की कोई जिम्मेदारी नहीं होगी ।
9. मैं अपनी पहचान स्थानीय स्तर पर आम लोगों के बीच ग्रामीण प्राथमिक उपचारक एवं ग्रामीण टेलीमेडिसिन ई-क्लिनिक उपकेंद्र (Health and Wellness Sub Center) प्रभारी स्वास्थ्य कर्मी / चिकित्सक सहायक के रूप में ही रखूँगा |
10. मैं स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय भारत सरकार द्वारा संचालित ई-संजीविनी (National Telemedicine Service) का लाभ (इलाज/परामर्श) अपने क्षेत्र के आम लोगों को दिलाने हेतु कार्य करूँगा/ करूँगी |
11. मैं भारत सरकार/उत्तर प्रदेश सरकार द्वारा ग्रामीण स्वास्थ्य को बेहतर बनाने हेतु संचालित स्वास्थ्य कार्यक्रमों के बेहतर क्रियान्वयन के लिए स्थानीय स्तर पर सहयोग करता रहूँगा/रहूँगी |
12. मैं अपने क्षेत्र में सरकार द्वारा घोषित महामारी की रोकथाम एवं बचाव हेतु जिला मुख्य चिकित्सा अधिकारी/जिला अधिकारी महोदय के दिशा-निर्देश का पालन करते हुए रोकथाम एवं बचाव हेतु अपना सहयोग देता रहूँगा/ रहूँगी |
13. मैं भारत सरकार/राज्य सरकार द्वारा टेलीमेडिसिन ई-संजीविनी (नेशनल टेलीमेडिसिन सर्विस) के माध्यम से रूरल प्राइमरी हेल्थ केयर को बेहतर बनाने हेतु किये जा रहे प्रयासों में स्थानीय स्तर पर अपना सहयोग/योगदान देता रहूँगा/रहूँगी |
14. मैं अपनी पहचान स्थानीय स्तर पर आम लोगो के बीच पंजीकृत चिकित्सा (R.M.P.) के रूप में नहीं बनाऊँगा|
15. मैं रोगी द्वारा दी गयी समस्त व्यक्तिगत जानकारी को गोपनीय रखूँगा।

मैं बय हलफ ये बयान करता हूँ कि मेरे द्वारा एसोसिएशन को दी जा रही सारी (पैरा क्रमांक 1 से 15 तक) जानकारी सत्य एवं सही है, मेरे द्वारा ग्रामीण प्राथमिक उपचारक एवं ग्रामीण टेलीमेडिसिन ई-क्लिनिक केंद्र के प्रभारी (स्वास्थ्य कर्मी / चिकित्सक सहायक) के रूप में कार्य करते हुए एसोसिएशन द्वारा दिए जा रहे लिखित/मौखिक दिशा-निर्देशों का पालन किया जायेगा एवं मेरे द्वारा किसी भी प्रकार से Indian Medical Act एवं भारतीय कानून का उल्लंघन नहीं किया जायेगा किसी भी गैर कानूनी कृत्यों के लिए एसोसिएशन की कोई जिम्मेदारी नहीं होगी उसके लिए मैं स्वयं जिम्मेदार रहूँगा | ईश्वर हमारी मदद करें ।

पठनीय हस्ताक्षर	पठनीय हस्ताक्षर
गवाह का नाम	शपथकर्ता का नाम.....
पठनीय हस्ताक्षर	पिता/पति का नाम.....
गवाह का नाम	पता- ग्राम.....
दिनांक.....	पोस्ट.....
	तहसील.....
	थाना.....
	जिला.....
	पिनकोड.....
	प्रदेश.....
	दिनांक.....

