

रक्तकोष नवीनीकरण हेतु राज्य रक्त संचरण परिषद से प्राप्त किए जाने वाले अनापत्ति प्रमाण-पत्र हेतु

आवेदन पत्र

1. रक्तकोष का नाम:-----
 - रक्तकोष का पूर्ण पता:-----
-----पिन नं.:-----
फोन नं./मोबाइल नं.:-----ई-मेल:-----
 - पूर्व में निर्गत लाइसेन्स की संख्या (हस्ताक्षरित प्रति संलग्न करें) :-----
-----वैधता:-----से-----तक
 - वर्तमान में कार्यरत स्टाफ का विवरण (यदि लाइसेन्स से भिन्न है तो FDA से अनुमोदन प्राप्ति का साक्ष्य):-----

2. रक्तकोष संचालित करने वाली संस्था का नाम:-----
 - संस्था का पूर्ण पता:-----
-----पिन नं.:-----
फोन नं./मोबाइल नं.:-----ई-मेल:-----
3. व्यवस्थापक का नाम:-----
 - व्यवस्थापक का पूर्ण पता:-----
-----पिन नं.:-----
फोन नं./मोबाइल नं.:-----ई-मेल:-----
4. संस्था के पंजीकरण की संख्या व तिथि (प्रति संलग्न करें):-----
 - संस्था की पंजीकरण अवधि (तिथि):-----से-----तक
5. रक्तकोष स्थापना का उद्देश्य/आवश्यकता:-----

6. रक्तकोष स्थापना से किसे लाभ मिलेगा:-----
7. सम्बन्धित चिकित्सालय का विवरण (निम्नांकित सूचना भरें):-
 - नाम:-----कब से कार्यरत है-----
 - पूर्ण पता:-----
-----पिन नं.:-----
 - निदेशक का नाम:-----
फोन नं./मोबाइल नं.:-----ई-मेल:-----
 - कुल बिस्तरों की संख्या/सर्जरी की संख्या :-----
 - एक माह में प्रयुक्त रक्त यूनिटों/अवयवों की संख्या:-----
8. खाद्य सुरक्षा एवं औषधि प्रशासन, उत्तर प्रदेश से प्राप्त चेतावनी/कारण बताओ नोटिस(प्रति संलग्न करें):-----
-----निस्तारित-----
9. राज्य रक्त संचरण परिषद से प्राप्त कुल कारण बताओ नोटिसों की संख्या:-----निस्तारित-----
10. क्या पूर्व में राज्य रक्त संचरण परिषद से अनुमोदन लिया गया है तो उसकी छाया प्रति संलग्न करें; यदि नहीं तो कारण का विवरण:-----

दिनांक:-----

संलग्नक- सूची अनुसार।

आवेदक के हस्ताक्षर व मुहर

आवेदन पत्र के साथ प्रेषित किए जाने वाले स्व-प्रमाणित संलग्नक

1. संस्था के पंजीकरण एवं मेमोरेण्डम ऑफ एसोसियेशन की छाया प्रति।
2. संस्था की विगत तीन वर्षों की वित्तीय स्थिति (ऑडिट रिपोर्ट, आई.टी. रिटर्न सहित) की हस्ताक्षरित छाया प्रति। संस्था द्वारा रक्तकोष पर किए जाने वाला अनुमानित व्यय एवं उसका स्रोत।
3. संस्था द्वारा किए गए स्वास्थ्य क्षेत्र/स्वैच्छिक रक्तदान के क्षेत्र में कृत कार्यों का विवरण (अलग पृष्ठ पर) जो स्वास्थ्य विभाग के साथ मिलकर किए गए हों (अखबार की कटिंग, फोटोग्राफ, प्रशस्ति प्रपत्र एवं मुख्य चिकित्सा अधिकारी से सत्यापित गतिविधियों का विवरण आदि)।
4. रक्त यूनिटों/अवयवों हेतु लिए जाने वाले शुल्क के वर्तमान शासनादेश की हस्ताक्षरित प्रति।
5. रक्तकोष का साइट मैप तथा नामित स्टाफ की सूची।
6. ₹ 100 के स्टाम्प पेपर पर नोटरी द्वारा सत्यापित निम्न शर्तों का शपथ-पत्र:-
 - a. औषधि एवं प्रसाधन सामग्री अधिनियम, 1940 में दिए गए सभी प्रावधानों व नियमों का अनुपालन किया जाएगा।
 - b. राज्य रक्त संचरण परिषद (एस0बी0टी0सी0) द्वारा समय-समय पर निर्गत दिशा-निर्देशों का अनुपालन किया जाएगा।
 - c. जब तक राज्य रक्त संचरण परिषद द्वारा अनापत्ति प्रमाण-पत्र प्राप्त नहीं होगा तब तक आऊटरीच स्वैच्छिक रक्तदान शिविरों का आयोजन नहीं किया जाएगा।
 - d. राज्य रक्त संचरण परिषद एवं शासन द्वारा प्रति यूनिट रक्त हेतु निर्धारित दर ही सर्विस चार्ज के रूप में ली जाएगी तथा दर से सम्बन्धित विवरण रक्तकोष में स्वागत कक्ष/आगन्तुक कक्ष पर स्वच्छता से प्रदर्शित किया जाएगा।
 - e. रक्तकोष द्वारा प्रत्येक माह की 02 तारीख तक निर्धारित प्रारूप पर मासिक सूचना उत्तर प्रदेश राज्य एड्स नियन्त्रण सोसाइटी, 'ए' ब्लॉक, चतुर्थ तल, पिकप भवन, विभूति खण्ड, गोमती नगर, लखनऊ- 226010 को प्रेषित की जाएगी।
 - f. पेशेवर रक्तदाताओं को चिन्हित करने का पूर्ण प्रयास किया जाएगा तथा पेशेवर रक्तदाता से किसी भी दशा में रक्त नहीं लिया जाएगा।
 - g. रक्तदाता से लिए गए रक्त की नियमानुसार जांच (एच.आई.वी., हेपेटाइटिस-बी व सी, सिफलिस एवं मलेरिया आदि) उपरान्त ही रक्त यूनिट/रक्त अवयव निर्गत किए जाएंगे।
 - h. राज्य रक्त संचरण परिषद के सदस्य अथवा अधिकृत प्रतिनिधि द्वारा निरीक्षण के समय पूर्ण सहयोग प्रदान किया जाएगा।
 - i. संस्था का पंजीकरण रद्द होने अथवा अधिकृत व्यक्ति बदलने या कारण बताओ नोटिस की दशा में समय से परिषद को सूचित किया जाएगा।
 - j. संस्था/संस्थापक के विरुद्ध कोई वाद किसी भी न्यायालय में लम्बित नहीं है, न तो वे दण्डित किए गए हैं और न ही संस्था/संस्थापक के विरुद्ध कोई अभियोग विचाराधीन है/चल रहा है।

या

पूर्व में कभी भी रक्तकोष का कोई लाइसेंस/प्रार्थनापत्र निरस्त नहीं किया गया है।