

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

(वालण्टरी/चैरिटेबल संस्था हेतु)

## आवेदन पत्र प्रपत्र-B

1. रक्तकोष का नाम:-----SBTC Reg. No.:-----

▪ रक्तकोष का पूर्ण पता:-----पिन नं.:-----

फोन नं./मोबाइल नं.:-----ई-मेल:-----

▪ रक्तकोष का प्रकार:1. होल ब्लड:----- 2. कम्पोनेंट:----- 3. एफरेसिस:-----

▪ रक्तकोष लाइसेंस संख्या:----- वैधता अवधि:-----

▪ रक्तकोष का लाइसेंस वर्तमान में वैध है: हाँ----- नहीं-----

2. रक्तकोष संचालित करने वाली संस्था (सोसाइटी/ट्रस्ट) का नाम:-----

▪ संस्था का पूर्ण पता:-----पिन नं.:-----

फोन नं./मोबाइल नं.:-----ई-मेल:-----

▪ संस्था का प्रकार: सोसाइटी/ट्रस्ट/अन्य:----- पारिवारिक सोसाइटी/ट्रस्ट:----- चैरिटेबल/वालण्टरी:-----

▪ संस्था के पंजीकरण की संख्या:-----

▪ संस्था की पंजीकरण अवधि (तिथि):----- से----- तक

▪ संस्था का पंजीकरण वर्तमान में वैध है: हाँ----- नहीं-----

3. आवेदनकर्ता का नाम:-----

▪ पूर्ण पता:-----पिन नं.:-----

फोन नं./मोबाइल नं.:-----ई-मेल:----- आधार नं0-----

4. उ0प्र0 शासन द्वारा निर्धारित प्रोसेसिंग चार्ज एवं नि:शुल्क लाभार्थियों की सूची स्वागत/आगन्तुक कक्ष पर स्वच्छता से प्रदर्शित की जा रही है जिसका विवरण निम्नवत् है:--

Whole Blood/ PRBC	Fresh Frozen Plasma	Random Donor Platelet	Cryoprecipitate	Apheresis
₹	₹	₹	₹	₹
Beneficiaries:				

5. रक्तकोष द्वारा विगत 05 वर्षों में रक्त एवं रक्त अवयव प्राप्त करने वाले चिकित्सालय का विवरण (सूची संलग्न करें):--

क्रमांक	चिकित्सालय नाम	कुल रक्त यूनिट की आपूर्ति	रक्तकोष से चिकित्सालय की लगभग दूरी

6. रक्तकोष द्वारा एक वर्ष में संग्रहीत किये जाने वाले कुल रक्त यूनिटों का लक्ष्य:-----

7. रक्तकोष द्वारा 5 वर्षों (जनवरी से दिसम्बर) में संग्रहीत रक्त यूनिटों का विवरण:--

वर्ष (रक्तकोष लाइसेंस की तिथि से)	कुल संग्रहित रक्त यूनिटों की संख्या	कुल प्रतिस्थानी (Replacement) रक्त यूनिट		आयोजित आउटडोर रक्तदान शिविरों की संख्या	आउटडोर रक्तदान शिविरों से प्राप्त रक्त यूनिटों की संख्या		रक्तकोष में स्वैच्छिक रक्तदान से प्राप्त रक्त यूनिटों की संख्या		नि:शुल्क वितरित रक्त यूनिट की संख्या
		संख्या	प्रतिशत		संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	
	A	B	(B/A*100)		C	(C/A*100)	D	(D/A*100)	

8. रक्तकोष द्वारा 5 वर्षों (जनवरी से दिसम्बर) में बल्क स्थानान्तरित किये गये रक्त यूनिटों का विवरण:-

वर्ष (रक्तकोष लाइसेंस की तिथि से)	कुल स्थानान्तरित रक्त यूनिटों की संख्या		एस.बी.टी.सी / एन. बी.टी.सी. को सूचित किया गया (Yes/No.)	सप्लायर रक्तकोष द्वारा प्रति यूनिट प्रोसेसिंग शुल्क	प्राप्तकर्ता रक्तकोष का नाम	टिप्पणी
	Whole Blood	PRBC				

9. रक्तकोष द्वारा 05 वर्षों में फर्म:----- को आपूर्तित अतिरिक्त प्लाज्मा का विवरण:-

वर्ष (रक्तकोष लाइसेंस की तिथि से)	आपूर्तित अतिरिक्त प्लाज्मा (लीटर में)	आपूर्तित अतिरिक्त प्लाज्मा की दर (प्रति लीटर में)	टिप्पणी

10. खाद्य सुरक्षा एवं औषधि प्रशासन विभाग द्वारा रक्तकोष अक्रियाशील / लाइसेंस रद्द किये जाने की संख्या: -----  
निस्तारण की संख्या -----

11. राज्य रक्त संचरण परिषद से प्राप्त कुल चेतावनी / कारण बताओ नोटिसों की संख्या: ---- निस्तारण की संख्या----

12. रक्तकोष में ब्लड कम्पोनेंट / कम्पोनेंट स्टोरेज यूनिट की सुविधा उपलब्ध है: हाँ-----नहीं -----

संलग्नक- सूची अनुसार।

दिनांक:-----

आवेदक के हस्ताक्षर व मुहर

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

संलग्नक अपलोड करने का उत्तर हों या नहीं में दें	हाँ	नहीं
1. संस्था के पंजीकरण एवं मेमोरेण्डम ऑफ एसोसिएशन की हस्ताक्षरित छायाप्रति।		
2. संस्था की विगत दो वर्षों की ऑडिट रिपोर्ट की हस्ताक्षरित छायाप्रति।		
3. संस्था की विगत दो वर्षों की आई.टी. रिटर्न की हस्ताक्षरित छायाप्रति।		
4. संस्था द्वारा स्वास्थ्य क्षेत्र/ब्लड ट्रांसफ्यूजन सर्विसेज/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) की हस्ताक्षरित छायाप्रति।		
5. रक्त यूनिटों/अवयवों हेतु लिए जाने वाले शुल्क के वर्तमान शासनादेश की हस्ताक्षरित छायाप्रति।		
6. रक्तकोष का साइट मैप।		
7. एस0बी0टी0सी0 को प्रोसेसिंग शुल्क के रूप में धनराशि ₹1000/-RTGS/NEFT की रसीद की हस्ताक्षरित छायाप्रति।		
8. रक्तकोष हेतु नामित स्टाफ की सूची (चिकित्साधिकारी, सुपरवाइजर, लैब टैक्निशियन, स्टाफ नर्स, मेडिकल सो" ल वर्कर (MSW) एवं काउंसलर आदि)		
9. प्री एवं पोस्ट टेस्ट काउंसलिंग तथा रक्तदान हेतु रक्तकोष में मेडिकल सो" ल वर्कर (MSW) एवं काउंसलर की नियुक्ति तथा प्रमाण-पत्र की हस्ताक्षरित छायाप्रति।		
10.आवेदन-पत्र के बिन्दु-5 पर पूछे गये चिकित्सालय से सम्बन्धित विवरण।		
11.खाद्य सुरक्षा एवं औषधि प्रशासन विभाग द्वारा पूर्व में संचालित रक्तकोष के अक्रियाशील/लाइसेंस रद्द होने की स्थिति में		
a. कारण व उससे सम्बन्धित प्रपत्र की हस्ताक्षरित छायाप्रति।		
b. निस्तारित प्रपत्र की हस्ताक्षरित छायाप्रति।		
12.राज्य रक्त संचरण परिषद द्वारा पूर्व में संचालित रक्तकोष को कारण बताओं नोटिस/चेतावनी पत्र की स्थिति में		
a. कारण व उससे सम्बन्धित प्रपत्र की हस्ताक्षरित छायाप्रति।		
b. निस्तारित प्रपत्र की हस्ताक्षरित छायाप्रति।		
13. ₹100 के स्टाम्प पेपर पर नोटरी द्वारा सत्यापित निम्न शर्तों का शपथ-पत्र:-		

- 1) औषधि एवं प्रसाधन सामग्री अधिनियम, 1940 में दिए गए सभी प्राविधानों व नियमों का अनुपालन किया जाएगा।
- 2) राज्य रक्त संचरण परिषद (एस0बी0टी0सी0) द्वारा समय-समय पर निर्गत दिशा-निर्देशों का अनुपालन किया जाएगा।
- 3) 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।
- 4) उ0प्र0 शासन द्वारा प्रति यूनिट रक्त हेतु निर्धारित दर ही प्रोसेसिंग शुल्क के रूप में ली जाएगी तथा दर से सम्बन्धित विवरण एवं शासनादेश में इंगित निःशुल्क लाभार्थियों की श्रेणी रक्तकोष में स्वागत/आगन्तुक कक्ष पर निर्धारित मानकों के अनुरूप स्वच्छता से प्रदर्शित किया जा रहा है तथा नवीनीकरण होने पर भविष्य में भी किया जाएगा।
- 5) पेशेवर रक्तदाताओं को चिन्हित करने का पूर्ण प्रयास किया जाएगा तथा पेशेवर रक्तदाता से किसी भी दशा में रक्त नहीं लिया जाएगा।
- 6) रक्तकोष में रक्त अवयव पृथक्कीकरण इकाई (बी.सी.एस.यू.) भी स्थापित है एवं .....प्रतिशत कम्पोनेंट बनाया जा रहा है।
- 7) रक्तकोष द्वारा प्रतिवर्ष ..... यूनिट से अधिक रक्त संग्रहण का लक्ष्य निर्धारित किया गया है एवं लगभग .....प्रतिशत रक्त स्वैच्छिक रक्तदान व अधिकाधिक आउटडोर स्वैच्छिक रक्तदान शिविरों से एकत्रित किया जायेगा। आउटडोर स्वैच्छिक रक्तदान शिविरों का विवरण निर्धारित प्रारूप: C-1 पर फोटोग्राफ सहित प्रत्येक माह की 05 तारीख तक राज्य रक्त संचरण परिषद, उ0प्र0 की वेबसाइट पर अनिवार्य रूप से अपलोड किया जाएगा।
- 8) रक्तकोष द्वारा प्रत्येक माह की 05 तारीख तक आनलाइन मासिक सूचना (www.sims.naco.gov.in) पर भेजी जा रही है एवं भविष्य में भी अनिवार्य रूप से भेजी जाएगी।
- 9) रक्तकोष द्वारा प्रतिदिन प्रातः 8:00 A.M. बजे तक रक्त/रक्त अवयव का विवरण (www.eraktkosh.in) ई-रक्तकोष पोर्टल के माध्यम से अनिवार्य रूप अपडेट की जा रही एवं भविष्य में भी की जाएगी।
- 10) भारत सरकार द्वारा निर्धारित दर पर अतिरिक्त प्लाज्मा की आपूर्ति की जाएगी एवं नियमों का पालन किया जाएगा। (प्रारूप-M-1 पर प्रत्येक माह की 05 तारीख तक आनलाइन रिपोर्ट प्रेषित की जाएगी)।
- 11) रक्त/रक्त अवयव को कालातीत होने से बचाने के लिए भारत सरकार द्वारा निर्धारित रक्त की Bulk Transfer Policy का पूर्णतः पालन किया जायेगा एवं उसमें दिये गये नियमों के अन्तर्गत रक्त का स्थानान्तरण किया जायेगा। प्रदेश के अन्दर स्थानान्तरित रक्त यूनिटों की सूची राज्य रक्त संचरण परिषद एवं अन्तरराज्यीय रक्त स्थानान्तरण की सूची एन.बी.टी.सी. को प्रेषित की जायेगी। (प्रारूप-M-2 पर माहवार विवरण प्रत्येक माह की 05 तारीख तक आनलाइन प्रेषित की जाएगी)।
- 12) रक्तकोष द्वारा प्रत्येक माह की 05 तारीख तक रक्तकोष द्वारा लाभान्वित किये गये लाभार्थियों का विवरण प्रारूप-M-3 पर आनलाइन प्रेषित किया जायेगा।
- 13) राज्य रक्त संचरण परिषद के सदस्य अथवा अधिकृत प्रतिनिधि द्वारा निरीक्षण के समय पूर्ण सहयोग प्रदान किया जाएगा।

- 14) संस्था का नवीनीकरण किये जाने, पंजीकरण रद्द होने या कारण बताओ नोटिस की दशा में 07 दिवस के अन्दर परिषद को सूचित किया जाएगा।
- 15) संस्था/संस्थापक के विरुद्ध पूर्व में अथवा वर्तमान में किसी भी गैर कानूनी कार्य में प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से संलिप्तता नहीं रही है तथा पूर्व में कभी भी रक्तकोष का कोई लाइसेन्स/प्रार्थनापत्र निरस्त नहीं किया गया है।
- 16) रक्तकोष द्वारा Quality Assurance का पालन किया गया है तथा भविष्य में भी किया जाएगा।
- 17) आवेदन पत्र के साथ अंकित सूचना का अवलोकन कर लिया गया है।
- 18) पूर्व लाइसेंस की अवधि में रक्तकोष/संस्था द्वारा कोई अनाचार नहीं किया गया है तथा रक्तकोष द्वारा किसी प्रकार का आर्थिक लाभ प्राप्त नहीं किया गया है।

मैं घोषणा करता हूँ कि मेरे द्वारा प्रस्तुत समस्त सूचनाएं व प्रपत्र सत्य तथा पूर्ण हैं। सूचना असत्य या अपूर्ण पाये जाने की दशा में आवेदन-पत्र कभी भी निरस्त किया जा सकता है।

## आवेदक के हस्ताक्षर व मुहर

### सूचना

1. आवेदन ऑनलाइन भरे जायेंगे तथा 07 कार्यदिवस में शपथ-पत्र की मूल प्रति एवं अन्य प्रपत्र की सत्यापित प्रतिलिपि परिषद कार्यालय में जमा कराने पर ही आवेदन स्वीकार किया जायेगा। 07 कार्यदिवस के अन्दर प्रपत्र प्राप्त न होने पर अथवा अपूर्ण पाये जाने पर आवेदन-पत्र स्वतः निरस्त माना जायेगा। निरस्त होने की दशा में पुनः निर्धारित शर्तों के अनुसार आवेदन किया जा सकता है।
2. राज्य रक्त संचरण परिषद को आवेदन के प्रोसेसिंग शुल्क के रूप में ₹ 1000/- की धनराशि बैंक ऑफ बड़ौदा के खाता संख्या: ..... आई0एफ0एस0 कोड: ..... में जमा करना है।
3. रक्तकोष लाइसेंस नवीनीकरण हेतु वैधता समाप्ति के 02 माह पूर्व रक्तकोष लाइसेंस की प्रति तथा आवेदन-पत्र राज्य रक्त संचरण परिषद में जमा करना है।
4. किसी भी विवाद की स्थिति में अन्तिम निर्णय राज्य रक्त संचरण परिषद का होगा।

पत्र व्यवहार का पता

## राज्य रक्त संचरण परिषद, उत्तर प्रदेश

चतुर्थ तल, ए-ब्लॉक, पिकप भवन, विभूति खण्ड, गोमती नगर, लखनऊ-226 010

दूरभाष: 0522-2720360 फ़ैक्स: 0522-2721135

ई-मेल: [bsupsacs@gmail.com](mailto:bsupsacs@gmail.com) एवं वेबसाइट: [www.sbtcup.org](http://www.sbtcup.org)