

## હયાતી પ્રમાણપત્ર

પ્રમાણપત્ર આપનાર અધિકારીનું નામ: \_\_\_\_\_

કચેરીનું નામ : \_\_\_\_\_

તારીખ :- \_\_\_\_\_

આથી પ્રમાણીત કરવામાં આવે છે કે વૈદ્યશ્રી/શ્રીમતી \_\_\_\_\_  
રહેવાસી \_\_\_\_\_

ઉ.વર્ષ \_\_\_\_\_ મારી સમક્ષ રૂબરૂ હાજર રહેલ છે અને તેઓ હયાત છે. જે ખાત્રી કરી આ પ્રમાણપત્ર આપવામાં આવે છે.

અરજદારે પોતાનો  
ફોટો અહીં  
લગાવવો તથા  
ફોટા ઉપર સહી  
કરવી

સહી તથા સિક્કો  
ગેઝેટેડ સરકારી અધિકારી

## રીન્યુઅલ ફોર્મ

પ્રતિ,  
રજીસ્ટ્રારશ્રી,  
ગુજરાત બોર્ડ ઓફ આયુર્વેદિક એન્ડ યુનાની સીસ્ટમ્સ ઓફ મેડીસીન,  
અમદાવાદ-૧૬

વિષય: રજીસ્ટ્રેશન નંબર **GB-(I)** \_\_\_\_\_ રીન્યુઅલ કરાવવા અંગે.

સાહેબશ્રી,

ઉપરોક્ત વિષય અન્વયે હું આ સાથે નીચે મુજબની માહિતી અને આપને ઉપર મુજબ હયાતીનો પુરાવો સહીત મોકલી આપુ છું જે મળતા રીન્યુઅલ કરી આપવા વિનંતી છે.

રજીસ્ટ્રેશન નંબર **GB-(I)** \_\_\_\_\_

નામ :- \_\_\_\_\_

રહેઠાણનું(ઘર)સરનામું:- \_\_\_\_\_

ગામ: \_\_\_\_\_ તાલુકો: \_\_\_\_\_ જિલ્લો: \_\_\_\_\_ રાજ્ય: \_\_\_\_\_ પીનકોડ: \_\_\_\_\_

મોબાઈલ નંબર: \_\_\_\_\_ ઈમેઈલ એડ્રેસ: \_\_\_\_\_

આપનો વિશ્વાસુ

સહી \_\_\_\_\_

# ગુજરાત બોર્ડ ઓફ આયુર્વેદિક એન્ડ યુનાની સીસ્ટમ્સ ઓફ મેડીસીન, ગુજરાત રાજ્ય

૧લો માળ, જુની નર્સિંગ કોલેજ બિલ્ડિંગ, કેન્સર હોસ્પિટલ પાસે, સિવિલ હોસ્પિટલ, અસારવા, અમદાવાદ-૩૮૦૦૧૬ ફોન.નં.૦૭૯૨૨૬૮૦૪૭૩

## રીન્યુઅલ નોટીસ

ગુજરાત મેડીકલ પ્રેક્ટીશનર્સ એક્ટ, ૧૯૬૩ નીચે ગુજરાત બોર્ડ ઓફ આયુર્વેદિક એન્ડ યુનાની સીસ્ટમ્સ ઓફ મેડીસીન, ગુજરાત રાજ્યમાં નોંધાયેલ સર્વે વૈદકીય વ્યવસાયકારોનું ધ્યાન ગુજરાત મેડીકલ પ્રેક્ટીશનર્સ રૂલ્સ, ૧૯૮૩નાં નિયમ ૮૨ તરફ દોરવામાં આવે છે અને તેમને વિનંતી કરવામાં આવે છે કે ગુજરાત બોર્ડ ઓફ આયુર્વેદિક એન્ડ યુનાની સીસ્ટમ્સ ઓફ મેડીસીન, ગુજરાત રાજ્ય જુની નર્સિંગ કોલેજ બિલ્ડિંગ, કેન્સર હોસ્પિટલ પાસે, સિવિલ હોસ્પિટલ, અસારવા, અમદાવાદ-૩૮૦૦૧૬ ને તા.૩૧/૧૨/૨૦૧૬ કે તે પહેલા બોર્ડની ઓફિસમાં પહોંચી જાય તે રીતે ગમે તે તારીખ નોંધાયેલ હોય અથવા એનલીસ્ટ થયેલ હોઈ કે ગમે તે તારીખ અગાઉ રીન્યુઅલ ફી ભરેલ હોય તેને પોતાનું નામ રજીસ્ટરમાં ચાલુ રાખવા માટે પાછલા વર્ષની બાકી લેણી પડતી રીન્યુઅલ ( રી એન્ટ્રી ફી સાથે) રૂ.૩૦૦/- તથા વર્ષ ૨૦૧૭-૨૦૨૧ સુધીની (પાંચ વર્ષ માટે) રીન્યુઅલ ફી રૂ.૧૦૦૦/- આમ કુલ મળીને રૂ.૧૩૦૦/- મોકલવાના રહે છે. જેમના તરફથી રીન્યુઅલ ફી ઉપરોક્ત સમય મર્યાદામાં ભરવામાં નહિ આવે તેવા વૈદકીય વ્યવસાયકારોનું નામ રજીસ્ટરમાંથી કમી કરવામાં આવશે અને જો તેઓ પ્રેક્ટીશ કરતા માલુમ પડશે તો તેઓની સામે કાયદાકીય પગલા ભરવાની બોર્ડને ફરજ પડશે. રીન્યુઅલ ફી ફક્ત ડ્રાફ્ટથી "રજીસ્ટ્રારશ્રી, ગુજરાત બોર્ડ ઓફ આયુર્વેદિક એન્ડ યુનાની સીસ્ટમ્સ ઓફ મેડીસીન" નાં નામથી (નેશનલાઈઝ બેન્કનો, પેયબલ અમદાવાદ બ્રાન્ચ હોલો ફરજિયાત) અથવા રૂબરૂ કેશમાં સ્વીકારવામાં આવશે.

રીન્યુઅલ ફી સ્વીકારવાનો સમય ફક્ત સવારે ૧૧:૦૦ થી ૨:૦૦ કલાકનો રહેશે. મની ઓર્ડર સ્વીકારવામાં આવશે નહિ.

આ નોટીસની પાછળનાં ભાગમાં રીન્યુઅલ કરવા માટે ફોર્મ છાપેલ છે. જેમાની તમામ વિગતો ભરી જરૂરી હયાતી અંગેનું પ્રમાણપત્ર સાથે ફરજિયાત મોકલી આપવું અન્યથા આપની રીન્યુઅલ પ્રમાણપત્ર આપવામાં આવશે નહિ.

-: ખાસ સુચના :-

સેન્ટ્રલ કાઉન્સિલ ઓફ ઇન્ડિયન મેડીસીન, નવી દિલ્હીની સૂચનાઓ મુજબ રીન્યુઅલ કરાવતાં પહેલા આ પત્ર પાછળ છપાયેલ મુજબનું હયાતીનું પ્રમાણપત્ર તથા તેની નીચે જણાવેલ માહિતી આપવી ફરજિયાત છે. રહેઠાણનું સરનામું બદલાયેલ હોય તો નવું સરનામું લખવું જેની સાથે બદલાયેલ સરનામાના પુઝની નકલ મોકલી આપશો. ત્યારબાદ જ આપને રીન્યુઅલ અંગેનું પ્રમાણપત્ર આપવામાં આવશે. રીન્યુ કરાવતી વખતે તમારા નામ, સરનામા, ટેલીફોન નંબર, ઈમેઈલ સહિતની હોય તેવી તમામ માહિતી અચૂક આપવી. અધુરી માહિતી મોકલનારને રીન્યુઅલ સ્લીપ પ્રમાણપત્ર મોકલવામાં આવશે નહિ. વધુ વિગત માટે આ કચેરીનાં ફોન નંબર (૦૭૯) ૨૨૬૮૦૪૭૩ ઉપર સંપર્ક કરવા વિનંતી છે.

પાછળનાં ભાગે છાપવામાં આવેલ નમુના મુજબનું હયાતીનું પ્રમાણપત્ર ભારત સરકાર, રાજ્ય સરકારનાં કોઈ પણ ગેઝેટેડ અધિકારી અથવા ગુજરાત બોર્ડ ઓફ આયુર્વેદના સભ્યશ્રીનાં સહી સિક્કાવાળું હોવું જરૂરી છે. સ્કુલ કે કોલેજના નોન ગેઝેટેડ પ્રોફેસર કે પ્રિન્સીપાલનાં સહી સિક્કાવાળું પ્રમાણપત્ર માન્ય ગણાશે નહિ.

જે વ્યવસાયકારો વ્યવસાય કરતા ન હોય અને પોતાનું નામ રીન્યુઅલ કરાવવા ન ઈચ્છતા હોય તેવા વ્યવસાયકારોએ પોતાને મળેલ અસલ રજીસ્ટ્રેશન અત્રે જમા કરાવવા વિનંતી છે. નોંધાયેલ સ્નાતકો જો મરણ પામેલ હોય તો તેઓના સગાઓને આ કચેરીને તાત્કાલિક જાણ કરવા વિનંતી છે.

❖ **ખાસ નોંધ:-** તા.૩૧/૧૨/૨૦૧૬ પછી રીન્યુઅલ ફી મોકલનારને પાછલા વર્ષની બાકી રહેતી ફી ઉપરાંત રૂ.૩૦૦/- રી એન્ટ્રી ફી વધારાની ભરવાની રહેશે.

- જો ૩૧/૧૨/૨૦૧૬ પછી રીન્યુ કરાવવાનું બાકી હોય તો કુલ રૂ.૧૩૦૦/- ફી મોકલવાની રહેશે.
- જો ૩૧/૧૨/૨૦૧૬ પહેલાના સમયનું રીન્યુઅલ બાકી હોય તો બોર્ડની ઓફિસે રૂબરૂ અથવા ૦૭૯-૨૨૬૮૦૪૭૩ નંબર પર ટેલીફોનથી સંપર્ક કરી કેટલી ફી ભરવાની થાય છે તે પૂછપરછ કરી ત્યાર બાદ ફી અંગેનો ડ્રાફ્ટ મોકલવો.
- જે સ્નાતકોને પોતાનું રીન્યુઅલ સર્ટીફિકેટ રજીસ્ટર્ડ એ.ડી. પોસ્ટથી મંગાવવાની ઈચ્છા હોય તો આ ફોર્મ સાથે રૂ.૨૫/- ની પોસ્ટલ ટીકીટવાળું રીપ્લાય કવર અલગથી મોકલી આપવા વિનંતી છે. પોસ્ટલ સ્ટેમ્પ રીપ્લાય કવરમાં ચોટાડીને જ મોકલવી રીન્યુઅલ ફી નાં ડ્રાફ્ટ સાથે ઉમેરી ને મોકલવી. દા.ત. રૂ.૧૩૦૦/- ની બદલે રૂ. ૧૩૨૫/- નો ડ્રાફ્ટ મોકલશો તો માન્ય રાખવામાં આવશે નહિ.

હરપાલસિંહ એચ. પરમાર

રજીસ્ટ્રાર

From:-

ગુજરાત બોર્ડ ઓફ આયુર્વેદિક એન્ડ યુનાની સીસ્ટમ્સ ઓફ મેડીસીન,  
૧લો માળ, જુની નર્સિંગ કોલેજ બિલ્ડિંગ, કેન્સર હોસ્પિટલ પાસે,  
સિવિલ હોસ્પિટલ, અસારવા, અમદાવાદ-૩૮૦૦૧૬ ફોન.નં.૦૭૯૨૨૬૮૦૪૭૩