



APPLICATION FORM FOR ESTABLISHMENT OF MEDICAL STUDY CENTRE

www.iehda.org



To,

Chairman/ Registrar
Indian Electro Homoeopathic Doctors' Association Nagpur (M.S.)
Governed By : Indian Electro Homoeopathic Medicine Board, Nagpur (M.S.)

Sir,

1. I/ We have taken note of all the rules & regulations of the IEHDA/IEHMB, Nagpur. I will abide by all the rules in the future.
2. I/ We _____ am / are presenting the application form for the establishment of an study centre Institute of Electro Homoeopathic Medicines Courses (IEHMC).
3. Name of the Applicant Designation
4. Father's / Husband Name
5. Mother's Name
6. Date of Birth
7. Permanent Address
- PIN Mob.
8. Name of Study Centre
9. Address of Study Centre
10. Qualification

Declaration by the Applicant

I hereby, declare that I have read and considered the conditions of the eligibility for the establishment of the study centre and I fulfill the condition. I have furnished above the necessary information in this regard. In the event of any information found incorrect or misleading, my candidature shall be liable to cancellation any time and I shall not be entitled to get refund of any amount paid by me to the Institute. In the event of any dispute it shall be resolved through the mediation of the Chairman or a Committee constituted under the Constitution/ Arbitration Act and its decision shall be binding on all concerned and I will be liable to all the expenses.

Date

Signature of the Applicant

Encl. : Copy of photo I.D. 2. Copy of Address Verification. 3. Declaration on Rs. 100 non-judicial stamp paper.



MEDICAL STUDY CENTER



www.iehda.org

INSTITUTE OF ELECTRO HOMOEOPATHIC MEDICAL COURSES

Vill. _____	Post _____
Distt. _____	State _____
PIN _____	Mob. _____

ORGANISING BODY OF INSTITUTE

Rank	Name	Father's Name	Address	Work
1. Patron				
2. President				
3. Manager				
4. Treasurer				
5. Member				
6. Member				
7. Member				

TEACHING STAFF LIST

Rank	Name	Father's Name	Address	Work
1. Principal				
2. Lecturer				
3. Lecturer				
4. Lecturer				
5. Office Asstt.				
6. Peon/Attendant				

Enclosures : Certified copies of all teaching staff.

INSTITUTE INFRASTRUCTURES

Rank	Size	Quantity
1. Institute Office		
2. Library Room		
3. Laboratory Room		
4. Room / Hall		
5. Student Sitting Plan		
6. Table Single Wooden/Steel		
7. Bench Wooden/ Steel		
8. Stool Wooden / Steel		
9. Toilet (Gents)		
10. Toilet (Ladies)		

Date :

Office Incharge

Manager

Declaration

Before : The Chairman/ Registrar,
Indian Electro Homoeopathic Doctor's Association, Nagpur (M.S.)
Governed By : Indian Electro Homoeopathic Medicine Board, Nagpur (M.S.)

I/Sri _____ Son of Sri _____ Mother's
Name _____ Resident of _____ Distt
_____ State _____ Pin _____ Mob. _____

Office : _____

Declare as under :

1. Our Institute will work as an Authorised Medical Center, IEHDA/ IEHMB, Nagpur (M.S.)
2. All the admissions/ examination document collected from the Medical Study Centre (Sansthan) will be kept safely/ confidentially by me and it will be my responsibility for its timely distribution in the centre.
3. Our Institute will work according to the Rules & Regulations of the Sansthan and I am agreed with all the Rules & Regulations of the Sansthan.
4. In no any circumstance, the enrolment number or examination result will be asked in case the dues are not paid to the IEHDA/ IEHMB.
5. I will run only Electro Homoeopathic practice and serve the people.
6. Assisting the propagation of E.H. pathy, I will be organising free treatment camp time to time.
7. I will apply for renewal of all the certificates, relating E.H. pathy timely in case of non-renewal of all certificates, will be cancelled automatically.

Therefore, I _____ declare that the information furnished in this form and the information furnished in the form for Establishment of center are true to the best of my knowledge and belief and will remain in force and be binding on me and my successor for the period the centre's association with the sansthan.

Place :

Signature of the declarant



शपथ पत्र

समक्ष—श्रीमान, चेयरमैन/रजिस्ट्रार महोदय
इण्डियन इलेक्ट्रो होम्योपैथिक डाक्टर्स एसोसिएशन, नागपुर (महाराष्ट्र)

1. यह कि मैं सशपथ बयान करता हूँ कि मेरा नाम पिता का नाम माता का नाम
ग्राम पोस्ट जिला (उ० प्र०) का स्थायी निवासी हूँ।
2. यह कि मैं सशपथ बयान करता हूँ कि मैं इण्डियन इलेक्ट्रो होम्योपैथिक मेडिकल कालेज
से नियमित रूप से इलेक्ट्रो होम्योपैथिक मे बी० ई० एम० एस०/एम० डी० ई० एच० कोर्स किया हूँ मेरा फाइनल वर्ष का रोल
नम्बर इनरोल नम्बर है।
3. यह कि मैं सशपथ बयान करता हूँ कि मैं इलेक्ट्रो होम्योपैथिक से प्रशिक्षण लेकर इलेक्ट्रो होम्योपैथिक पद्धति से प्रेक्टिस करके
जनता की सेवा करूँगा। इस पैथी के दवाओं के अलावा अन्य चिकित्सा पद्धति के दवाओं का प्रयोग कभी नहीं करूँगा।
4. यह कि मैं सशपथ बयान करता हूँ कि ई० एच० पैथी के विकास प्रचार-प्रसार में पूरा सहयोग देकर निःशुल्क चिकित्सा शिविर
का आयोजन समय-समय पर करता रहूँगा।
5. यह कि मैं सशपथ बयान करता हूँ कि ई० एच० पैथी से सम्बंधित सभी प्रमाण-पत्र का नवीनीकरण समय पर ही कराऊँगा,
नवीनीकरण न कराने की दशा में सभी प्रमाण पत्र स्वतः निरस्त समझा जायेगा।
6. यह कि मैं सशपथ बयान करता हूँ कि आई० ई० एच० मेडिसीन बोर्ड नागपुर के सभी नियमों/उपनियमों तथा समय-समय पर
बनाये गये नियमों/आदेशों का पालन करूँगा।
7. यह कि मैं सशपथ बयान करता हूँ कि उपरोक्त सभी बातें मेरी निजी जानकारी में सही व सच हैं, न तो कोई कुछ झूठ है न
ही छिपाया गया है।

शपथकर्ता

संलग्न— 1.आधार कार्ड या निर्वाचन कार्ड की छायाप्रति। 2. हाईस्कूल व इण्टरमीडिएट की छायाप्रति 3. बी० ई० एम० एस० व एम०
डी० ई० एच० के सभी वर्षों की छायाप्रति।

समक्ष- श्रीमान, चेयरमैन/रजिस्ट्रार महोदय,
इण्डियन इलेक्ट्रो होम्योपैथिक डॉक्टर्स एसोसिएशन, नागपूर (महाराष्ट्र)
द्वारा संचालित- इण्डियन इलेक्ट्रो होम्योपैथिक मेडिसिन बोर्ड, नागपूर (महाराष्ट्र)
अंसार नगर, मोमीनपुरा, नागपूर.

—: शपथ पत्र :-

मी शपथेवर जाहीर करतो की, येणेप्रमाणे :-

- १) मी शपथेवर बयान करते/करतो की माझे नाव
वडिलांचे नाव आईचे नाव
आधार नं. ग्राम पोस्ट
जिल्हा राज्य चा कायमचा/ची रहिवासी आहे.
- २) मी शपथेवर बयान करते/करतो की मी इण्डियन इलेक्ट्रो होम्योपैथिक मेडिसिन कॉलेज/
इन्स्टिट्यूट येथून नियमितपणे इलेक्ट्रो होम्योपैथिक येथे
बी.ई.एम.एस./एम.डी.ई.एच. कोर्स केला आहे. माझा अंतिम वर्षाचा रोल नं.
एनरोल नंबर आहे.

(२)

- ३) मी शपथेवर बयान करते/करतो की मी इलेक्ट्रो होम्योपैथिक येथून प्रशिक्षण घेवून इलेक्ट्रो होम्योपैथिक पद्धति ने प्रॅक्टिस करून जनतेची सेवा करीन. हया पैथी च्या औषधी शिवाय अन्य चिकित्सा पद्धती च्या औषधीचा प्रयोग करणार नाही.
- ४) मी शपथेवर बयान करते/करतो की ई.एच. पैथी च्या विकास प्रचार-प्रसार मध्ये पूर्ण सहयोग देवून निःशुल्क चिकित्सा शिविर चा आयोजन वेळो वेळी करत राहणार.
- ५) मी शपथेवर बयान करते/करतो की ई.एच. पैथी ला संबंधित सर्व प्रमाणपत्र चा नवीनीकरण वेळेवर ही करेल. नवीनीकरण न केल्यास सर्व प्रमाणपत्र निरस्त समजण्यात येईल.
- ६) मी शपथेवर बयान करते/करतो की आई.ई.एच. मेडिसीन बोर्ड, नागपूर चे सर्व नियम/उपनियमांचे वेळो वेळी बनविलेले नियमांचे/आदेशा चे पालन करीन.
- ७) मी शपथेवर बयान करते/करतो की उपरोक्त सर्व माहिती माझ्या निजी जानकारीनुसार खरी व सत्य आहे, काहीही खोटी व असत्य नसून काहीही लपविलेले नाही.

करिता शपथपत्र लिहून देत आहे/आहो.

दिनांक :

शपथकर्ता