

अनुसूची -१  
नियम ३ को उपनियम (१) संग सम्बन्धित  
निवेदनको ढांचा

मिति :

श्री.....  
.....।

**बिषय : स्वास्थ्य संस्था स्थापना/संचालन/नबिकरण/स्तरोंनति अनुमति  
सम्बन्धमा ।**

प्रस्तुत बिषयमा लुम्बिनी प्रदेश स्वास्थ्य संस्था स्थापना, संचालन, नबिकरण तथा स्तरोंनति ऐन २०७६ को दफा ३ र प्रदेश स्वास्थ्य संस्था स्थापना, संचालन, नबिकरण तथा स्तरोंनति नियमावली, २०७७ को नियम ३ को उपनियम १ बमोजिम निम्नानुसार प्रस्तावित स्वास्थ्य संस्था स्थापना/संचालन/नबिकरण/स्तरोंनति गर्ने अनुमतिका लागि संलग्न कागजात सहित यो निबेदन पेश गरेको छु / गरेका छौं ।

निबेदन पेश गर्ने अधिकारीको

नाम :

दस्तखत :

मिति :

दर्जा :

कार्यालयको छाप :

अनुसूची -५

(नियम ८ को उपनियम (२) संग सम्बन्धित )

स्वास्थ्य क्लिनिक/पोलिक्लिनिक/निदान केन्द्र/प्रयोगशाला/रेडियो इमेजिंग सेवा

संचालन अनुमतिको लागि दिने निवेदनको ढांचा

श्री .....

..... ।

निम्नानुसार प्रस्तावित स्वास्थ्य सेवा संचालन अनुमतिको लागि देहाय अनुसारको विवरण र कागजात सहित निवेदन फाराम पेश गरेको छु/गरेका छौं ।

कार्यकारी अधिकृत/संचालकको तर्फबाट

.....

विवरण

१.संस्थाको नाम :

शैया संख्या :

२.संस्थाको ठेगाना (पत्राचार गर्ने ठेगाना)

प्रदेश :

जिल्ला :

म.न.पा./उ.म.न.पा./न.पा./गा.पा.

वडा नं.: टोल :

ब्लक नं. :

टेलिफोन :

मोबाइल नं. :

ईमेल ठेगाना :

वेबसाइट :

३. संस्था खोल्ने व्यक्तिहरु :

नाम :

ठेगाना :

नागरिकता नं.

:

मोबाइल नं. :

फोन नं. :

ईमेल ठेगाना :

४. संस्थाको वित्तीय श्रोत :

(क) निजी

(ख) शेयर कर्जा

(ग) सरकारी

(घ) बैदेशिक

(ङ) सामुदायिक

(च) अन्य

५. संस्थाको क्षमता तथा बिस्तृत कार्य योजना :

सेवा प्रदान गर्ने क्षेत्रहरु :

निदानात्मक सेवा	प्रतिकारात्मक सेवा	उपचारात्मक सेवा
एक्स-रे	खोप	प्रसूती तथा स्त्री रोग
अल्ट्रासाउण्ड	गर्भवती, सुत्केरी जांच	जनरल मेडिसिन
इन्डोस्कोपी	परिवार नियोजन	जनरल सर्जिकल
इ.सी.जी.ट्रेडमिल	.....	विशेषज्ञ सेवा जस्तै : प्रसूति सेवा, मृगौला रोग, स्नायु, आँखा, हाडजोर्नी , मानसिक सेवा
प्रयोगशाला	.....	.....
आयुर्बेद तथा बैकल्पिक चिकित्सा	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

६. सेवा शुल्क (अलग र स्पष्टसंग) खुलाउने :

७. संस्थामा सेवा हुने आवश्यक उपकरणहरुको विवरण तथा श्रोत :

८. संस्थामा सेवा पुर्याउने जनशक्ति विवरण :

(क) विशेषज्ञ :

नाम

पद

योग्यता

पार्टटाईम

फुलटाईम

(ख) प्राबिधिक :

नाम

पद

योग्यता

पार्टटाईम

फुलटाईम

(ग) प्रशासनिक :

नाम

पद

योग्यता

पार्टटाईम

फुलटाईम

९. सम्बन्धित सेवा अनुसार निर्धारित मापदण्डहरु र पूर्वाधारहरु पुरा भए नभएको उल्लेख गर्ने ।

१०. कर्मचारी सम्बन्धी विवरण र शर्त :-

(१) उपर्युक्त बमोजिम के कति कर्मचारीहरुको संस्थामा संलग्न हुने हो, स्पष्ट उल्लेख हुनुपर्ने ।

(२) संस्थामा कार्य गर्ने कर्मचारीहरु सम्बन्धित परिषदमा दर्ता भएको, सम्बन्धित परिषदको प्रमाण पत्र अनिवार्य रुपमा पेश गर्नुपर्ने ।

(३) कर्मचारीहरुको योग्यताका प्रमाणित प्रतिलिपीहरु संलग्न हुनुपर्ने ।

(४) सरकारी कर्मचारीहरु संलग्न हुने भएमा सेवासंग सम्बन्धित प्रचलित कानून अनुसारको अनुमति पत्र अनिवार्य रुपमा संलग्न हुनुपर्ने ।

**स्वास्थ्य संस्था स्थापना, संचालन, नबिकरण तथा स्तरोन्नति का लागि निबेदन साथ संलग्न गर्नुपर्ने कागजातहरू :-**

- १ स्थायी लेखा दर्ता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपी (प्यान दर्ता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपी) ,
- २ दर्ता नबिकरण गरेको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपी ,
- ३ गत आ.व. सम्म कर चुक्ता गरेको प्रमाणपत्रको प्रतिलिपी ,
- ४ संस्थाको विधानको प्रतिलिपी ,
- ५ स्वास्थ्य संस्था स्थापना वा संचालन गर्न लागिएको ठाउँमा स्वास्थ्य संस्था आवश्यक छ भन्ने बारेको स्थानीय तहको सिफारीस पत्र ,
- ६ संचालकको नेपाली नागरिकता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपी ,
- ७ घर/कोठा बहालमा लिई संचालन गर्ने भए घर बहाल सम्झौता पत्रको प्रतिलिपी ,
- ८ संस्थाको कार्य योजना
- ९ गत आ.व. को लेखापरीक्षण प्रतिबेदनको प्रतिलिपी
- १० मूल्य अभिवृद्धी कर वा आयकरमा दर्ता भएको भए दर्ता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपी
- ११ नबिकरणको लागि भए संचालन अनुमतिको प्रमाणपत्र
- १२ अन्य आवश्यक कागजातहरू.....