

शपथ-पत्र का प्रारूप-1

शपथ पत्र

आवेदन पत्र के साथ रूपये 100/-के स्टाम्प पेपर पर नोटरी द्वारा सत्यापित शपथ-पत्र
(आवेदन पत्र के साथ संलग्न करें)

रजिस्ट्रार,

अटल बिहारी वाजपेयी चिकित्सा विश्वविद्यालय, उ0 प्र0,
लखनऊ।

1. मैं शपथ पूर्वक प्रमाणित करता हूँ/करती हूँ कि मेरी संस्था (संस्था का नाम)
प्रशिक्षण केन्द्र का नाम व पता.....के द्वारा डिग्रीक्षेत्र में
कोई प्रशिक्षण उ0प्र0 सरकार की अनुमति के बिना नहीं चलाया जा रहा है।
2. मैं वचन देता हूँ/देती हूँ कि भविष्य में भी उ0प्र0 सरकार द्वारा मान्यता प्राप्त डिग्रीके
पाठ्यक्रमों के अलावा अन्य पाठ्यक्रम कोई प्रशिक्षण नहीं चलाऊँगा/चलाऊँगी।
3. यह कि प्रशिक्षण केन्द्र व उससे संबंधित अस्पताल, भूमि का मालिकाना हक मेरी संस्था का ही है। उक्त
भूमि केन्द्र सरकार/राज्य सरकार/प्राधिकरण की किसी भी योजना में अधिग्रहीत नहीं है और न ही
अधिग्रहण हेतु प्रस्तावित है।
4. यह कि उक्त प्रशिक्षण से संबंधित मा0 उच्चतम न्यायालय/मा0 उच्च न्यायालय/सक्षम न्यायालय अथवा
न्यायिक अभिकरण में किसी भी प्रकार का दीवानी/फौजदारी वाद विचाराधीन/लम्बित नहीं है और ना ही
किसी प्रकार का स्थगन आदेश ही प्राप्त हुआ है।
5. मैं अटल बिहारी वाजपेयी चिकित्सा विश्वविद्यालय, उ0 प्र0, लखनऊ के द्वारा दिये गये दिशा-निर्देशों व
निर्णयों का पालन करूँगा/करूँगी। यदि संस्था द्वारा किसी भी दिशा-निर्देशों/मानकों का उल्लंघन किया जाता
है तो संस्था की सम्बद्धता समाप्त कर दी जायेगी।

दिनांक :-

सक्षम प्राधिकारी
संस्था का नाम /पता

शपथ पत्र का प्रारूप-2

आवेदन पत्र के साथ रूपये 100/-के स्टाम्प पेपर पर नोटरी द्वारा सत्यापित शपथ-पत्र
(आवेदन पत्र के साथ संलग्न करें)

रजिस्ट्रार,

अटल बिहारी वाजपेयी चिकित्सा
विश्वविद्यालय, उ0 प्र0,
लखनऊ।

1. मैं शपथ पूर्वक प्रमाणित करता हूँ/करती हूँ कि मेरी संस्था (संस्था का नाम)
प्रशिक्षण केन्द्र का नाम व पता..... के द्वारा बी0एससी0-नर्सिंग
पाठ्यक्रम हेतु आवेदन किया गया है।
2. संस्था के पास सम्पूर्ण उत्तर प्रदेश में हेक्टेयर भूमि है, जो उत्तर प्रदेश राजस्व संहिता 2006
की धारा 89 में उल्लिखित सीमा 5.0586 हेक्टेयर से अधिक भूमि नहीं है। (और यदि है तो धारा 89 (3)
के अर्न्तगत राजस्व विभाग, उत्तर प्रदेश शासन से प्राप्त अनुमति प्रमाण-पत्र की छाया प्रति संलग्न
करें)।

दिनांक :-

सक्षम प्राधिकारी
संस्था का नाम /पता

बैंक गारन्टी

(आवेदन पत्र के साथ संलग्न करें)

आज दिनांक को (बैंक का नाम)(संस्था का नाम) की ओर से रजिस्ट्रार, अटल बिहारी वाजपेयी चिकित्सा विश्वविद्यालय, उ० प्र०, लखनऊ को यह बैंक गारन्टी निम्नलिखित शर्तों के अधीन प्रदान करती है-

1. यह कि(संस्था का नाम) में अटल बिहारी वाजपेयी चिकित्सा विश्वविद्यालय, उ० प्र०,.... (प्रशिक्षण का नाम)प्रशिक्षण कोर्स खोलने हेतु शासन के द्वारा बनाये गये नियमों के अन्तर्गत अनुमति माँगी है।
2. इस डिग्री कोर्स को खोलने हेतु अटल बिहारी वाजपेयी चिकित्सा विश्वविद्यालय, उ० प्र०, लखनऊ को संस्था से 40 लाख रुपये की बैंक गारन्टी (प्रति संस्थान) चाहिए, इस उद्देश्य के लिए संस्था को विभिन्न पाठ्यक्रमों को नियमों एवं उपनियमों के अधीन सुचारु रूप से चलाना है।
3. बैंक गारन्टी के अन्तर्गत हमारा उत्तरदायित्व मात्र चालीस लाख रुपये (रु० 40,00,000/-) से अधिक नहीं होगा।
4. यह बैंक गारन्टी 5 वर्ष तक के लिए वैध होगी।
5. इस बैंक गारन्टी के अन्तर्गत हम गारन्टी की रकम अथवा उसके किसी भाग को अदा करने के लिए तभी उत्तरदायी होंगे यदि और केवल यदि आप हमारे समक्ष लिखित दावा या मांग पत्र दिनांकको या इससे पूर्व प्रस्तुत करेंगे।
6. को (बैंक का नाम)(संस्था का नाम)की सम्पत्तियों के आधार पर अटल बिहारी वाजपेयी चिकित्सा विश्वविद्यालय, उ० प्र०, लखनऊ को यह गारन्टी देती है कि यदि किन्हीं कारणों द्वारा संस्था के किसी ऐसे कृत्य से जिससे कि प्रशिक्षण के अन्तर्गत वहाँ पढ़ने वाले छात्रों के हित की अनदेखी हो एवं संस्था के द्वारा उन छात्र/छात्राओं को प्रशिक्षण के उचित संसाधन उपलब्ध नहीं कराये जा रहे हों अथवा संस्था द्वारा बिना उ०प्र० शासन की अनुमति के कोर्स को बन्द कर दिया जाता है जिसके कारण उ०प्र० शासन द्वारा संस्था में पढ़ रहे छात्रों को अन्यत्र स्थानान्तरित करना पड़ता है ऐसी स्थिति में यह बैंक संस्था की ओर से चालीस लाख रुपये (रु० 40,00,000/-) की गारन्टी अटल बिहारी वाजपेयी चिकित्सा विश्वविद्यालय, लखनऊ को देती है। इस राशि में से अटल बिहारी वाजपेयी चिकित्सा विश्वविद्यालय, लखनऊ छात्रहित में कोई भी निर्णय ले सकती है।

शाखा प्रबन्धक के हस्ताक्षर,
सील सहित,