

• 'સી' ફોર્મ રજીસ્ટ્રેશન પ્રતિ વર્ષ માટેનો દર

અનુ. નં.	રજીસ્ટ્રેશન	૧ થી ૧૦ પથારી સુધી	૧૧ થી ૨૫ પથારી સુધી	૨૬ થી ૫૦ પથારી સુધી	૫૦ પથારીથી ઉપર
૧	નવા રજીસ્ટ્રેશન માટેનો દર	૧,૫૦૦/-	૩,૦૦૦/-	૪,૫૦૦/-	૧૫,૦૦૦/-
૨	રીન્યુલ રજીસ્ટ્રેશન માટેનો દર	૭૫૦/-	૧,૫૦૦/-	૨,૨૫૦/-	૭,૦૦૦/-
૩	લેટ ફી ૨૦ % સાથે રીન્યુ (તા. ૧ મે થી ૩૦ સપ્ટે.)	૯૦૦/-	૧,૮૦૦/-	૨,૭૦૦/-	૮,૪૦૦/-
૪	લેટ ફી ૪૦ % સાથે રીન્યુ (તા. ૧ ઓક્ટો થી ૩૦ એપ્રિલ)	૧,૦૫૦/-	૨,૧૦૦/-	૩,૧૫૦/-	૯,૮૦૦/-

રજીસ્ટ્રેશન સમયે રજૂ કરવાના પુરાવાઓ.

- (૧) ફોર્મ - બી (ન્યુ. તેમજ રીન્યુઅલ માટે).
- (૨) ઓરીજનલ 'સી' ફોર્મ (રીન્યુઅલ વખતે).
- (૩) ડોક્ટર ના તમામ ડિગ્રી સર્ટીફિકેટ, મેડીકલ કાઉન્સિલ સર્ટીફિકેટ, પાનકાર્ડ અને આધાર કાર્ડ.
- (૪) ગુજરાત પોલ્યુશન કન્ટ્રોલ બોર્ડ(GPCB) નું ઓથોરાઇઝેશન સર્ટીફિકેટ.
- (૫) બાયો મેડીકલ વેસ્ટ (BMW) નું સર્ટીફિકેટ.
- (૬) ગુમાસ્તાધારા નું પ્રમાણપત્ર.
- (૭) પ્રોફેશનલ ટેક્ષ (PEC, PRC.) સર્ટી. અને તાજેતરની રસીદ.
- (૮) હોસ્પિટલના તમામ ટેક્ષ બીલ અને તાજેતરની રસીદ.
- (૯) ડા. નું રેસીડેન્સ ટેક્ષ બીલ અને તાજેતરની રસીદ.
- (૧૦) સ્ટાફની વિગત દર્શાવતુ પત્રક- નમુના મુજબ.
- (૧૧) ક્વોલીફાઇડ નર્સનું ડિગ્રી-રજીસ્ટ્રેશન સર્ટીફિકેટ, તમામ સ્ટાફના આઈ.ડી પ્રુફ.
- (૧૨) હોસ્પિટલનું લેટરપેડ-વીઝીટીંગ કાર્ડ.
- (૧૩) GPCB, BMW, Fire NOC ની સમય મર્યાદા તથા બી.યુ.પરમીશન અંગે ૩૦૦/- રૂપિયા ના સ્ટેમ્પ પેપર ઉપર નોટરાઈઝડ ડોક્ટરના ફોટા વાળી નમુના મુજબની બાહેધરી.
- (૧૪) ફાયર NOC સર્ટીફિકેટ (છેલ્લા પાંચ વર્ષના).
- (૧૫) બી.યુ. પરમીશન.

-:: એકસ્ટ્રા ::-

- (૧) હોસ્પિટલમાં વિજીટર ડોક્ટર હોઈ તો તેમના ડિગ્રી અને મેડીકલ કાઉન્સિલ સર્ટી, આઈ.ડી.પ્રુફ તેમજ તેમનો નિમણુંક પત્ર અને સંમતિ પત્ર.
- (૨) પ્રોપર્ટી ભાડાની હોઈ તો ભાડા કરાર.
- (૩) હોસ્પિટલ ટ્રસ્ટની હોઈ તો ટ્રસ્ટ ડીડી, ડાયરેક્ટરોની એન.ઓ.સી., સી ફોર્મ મેળવવા અંગેનો ઠરાવ.
- (૪) હોસ્પિટલ કંપની લિ. હોય તો કંપની મેમોરેન્ડમની નકલ, ડાયરેક્ટરો ની એન.ઓ.સી., સી ફોર્મ મેળવવા અંગેનો ઠરાવ.
- (૫) જો હોસ્પિટલ પાર્ટનરથી ચાલતી હોય તો પાર્ટનરશીપ ડીડ અને અન્ય પાર્ટનરોની એન.ઓ.સી.
- ખાસ સંજોગોમાં ઓથોરીટીને જરૂરી લાગે તેવા અન્ય પુરાવાઓ માંગે તો રજૂ કરવાના રહેશે.

તમામ ડોક્યુમેન્ટ ઉપર હોસ્પિટલના સહી સિક્કા સાથે હોસ્પિટલની ફાઈલમાં ફરજિયાત ફાઈલ કરીને લાવવાના રહેશે.

**-: બાંહેધરી :-**

આથી હું નીચે સહી કરનાર ડાયરેક્ટર / પ્રોપરાઈટર / પાર્ટનર / ડૉક્ટર  
શ્રી \_\_\_\_\_, ધર્મ: \_\_\_\_\_ ઉંમર: \_\_\_\_\_

રહેવાસી: \_\_\_\_\_

સોગંદપૂર્વક જણાવું છું કે, \_\_\_\_\_  
(મેટરનીટી હોમ / નર્સિંગ હોમ), સરનામું: \_\_\_\_\_

જે મારા નામે FORM "C" રજીસ્ટ્રેશન કરાવેલ / કરાવવાનું થાય છે.

સદર રજીસ્ટ્રેશન / રીન્યુઅલ / મોડીફિકેશન સમયે રજુ કરેલ નીચે મુજબના પુરાવાઓ સમયસર અમારા દ્વારા રીન્યુ / તાજા કરાવવાના થાય છે અને જો તેમ કરવામાં અમારાથી કસુર/ વિલંબ થાય તો અમદાવાદ મ્યુનિસિપલ કોર્પોરેશન / ભારતીય ઇંડ સંહિતા / દીવાની કાયદા નીચે થનાર કાર્યવાહી મુજબ ઇંડ, શિક્ષા અથવા ઇંડ અને શિક્ષા બંનેની અમને જાણ છે અને તે અંગે અમે સંમત છીએ.

સદર રજીસ્ટ્રેશન/રીન્યુઅલ સમયે રજુ કરેલ પુરાવાઓની યાદી

SR. NO.	Details	Period		Remarks
		From	To	
1	GPCB, Authorization Certificate			
2	BMW, Certificate			
3	FIRE NOC			
4	Shop & Establishedment Certificate			

સદર બાંહેધરી ઉપરાંત બીલ્ડિંગના વપરાશ માટે બી.યુ. (બીલ્ડિંગ યુઝ) પરમીશન / NOC મેળવેલ છે. તથા તેમાં કોઈપણ પ્રકારનો સુધારો-વધારો કરાવેલ નથી અને સ્ટ્રકચરમાં કે બાંધકામમાં જ્યારે પણ સુધારો-વધારો કરાવવાનો થશે ત્યારે નિયમોનુસાર એસ્ટેટ / ટીડીઓ ખાતાની પરમીશન મેળવીને કામ કરાવીશું તથા સમયમર્યાદામાં નવું બી.યુ. પરમીશન રજુ કરીશું. ઉપરાંત, ઇલેક્ટ્રીક ઉપકરણોનું ચેકીંગ, લીફ્ટ મેઈન્ટેનન્સ સર્ટી વિગેરે જરૂરી તમામે તમામ લાયસન્સો / સર્ટીફિકેટો નિયમોનુસાર સમયસર રીન્યુ કરાવવામાં આવશે.

ભવિષ્યમાં, અમદાવાદ મ્યુનિસિપલ કોર્પોરેશનમાં FORM "C" રીન્યુઅલ / મોડીફિકેશનની અરજી સમયે ઉપરોક્ત તમામ પ્રમાણપત્રો રજુ કરવા સારૂ લેખિતમાં બાંહેધરી આપું છું.

તારીખ: \_\_\_\_\_

સ્થળ : \_\_\_\_\_

**“રૂ.300/- ના સ્ટેમ્પ પેપર ઉપર ફોટાવાળી નોટરાઈઝડ કરાવવી.”**

તા. / /૨૦૨ .

### ડૉક્ટરનું લીસ્ટ

ક્રમ	નામ અને પુરૂ સરનામુ	ઉમર	લાયકાત/અભ્યાસ	રજી. નંબર	મોબાઈલ નંબર અને E-mail ID

- વિઝીટીંગ ડૉક્ટરનો એપોઈન્ટમેન્ટ લેટર તથા સંમતિ લેટર
- વિઝીટીંગ ડૉક્ટરના તમામ ડિગ્રી સર્ટી તથા મેડીકલ કાઉન્સીલ - પાન કાર્ડ-આધાર કાર્ડ

ઉપરોક્ત લીસ્ટ હોસ્પીટલના લેટરપેડ ઉપર બનાવવું.

તા. / /૨૦૨ .

### નર્સ તથા અન્ય સ્ટાફનું લીસ્ટ

ક્રમ	નામ અને પુરૂ સરનામુ	ઉમર	લાયકાત/અભ્યાસ	હોદ્દો	મોબાઈલ નંબર અને E-mail ID

- લીસ્ટમાં સૌ પ્રથમ માન્ય નર્સની વિગતો ભરવી ત્યારબાદ અન્ય સ્ટાફની વિગતો ભરવી.
- માન્ય નર્સના ડીગ્રી સર્ટી & આધાર કાર્ડ તથા અન્ય સ્ટાફના આધાર કાર્ડ મુકવા.

ઉપરોક્ત લીસ્ટ હોસ્પીટલના લેટરપેડ ઉપર બનાવવું.

# Ahmedabad Municipal Corporation

## Form "C" (Guideline for Procedure)

Certificate of Registration under Section 5 of the Bombay Nursing Homes. Registration Act 1949 (See Rule 5)

**પ્રથમ વખત અને રીન્યુઅલ વખતે ઓનલાઈન ફોર્મ કેવી રીતે ભરવું.**

- ❖ ફોર્મ "બી" મેળવવું. રૂપિયા ૧૦૦/- ફી.(હેલ્થ જન્મ-મરણ વિભાગ,આરોગ્ય ભવન,ગીતા મંદિર બસ સ્ટેન્ડ સામે)
- ❖ સૌ પ્રથમ અમદાવાદ મ્યુનિસિપલ કોર્પોરેશનની ઓફિસિયલ વેબ સાઈટ [www.ahmedabadcity.gov.in](http://www.ahmedabadcity.gov.in) ઓપન કરવી. જેમાં પેજની જમણી બાજુ "Citizen Regiastration" બટન ઉપર ક્લિક કરવું. જેમાં જે ડોક્ટરનું "સી." ફોર્મ મેળવવાનું હોય તેમની ફોર્મમાં માંગેલ વિગતો ભરીને "User ID and Password" મેળવવા.
- ❖ યુઝર આઈ-ડી પાસવર્ડ આવી ગયા બાદ આપ હવે [www.ahmedabadcity.gov.in](http://www.ahmedabadcity.gov.in) વેબ સાઈટ ઓપન કરીને વેબ સાઈટની જમણી બાજુ આપેલ "LOGIN" બટન ઉપર ક્લિક કરવું. હવે આપ યુઝર આઈ-ડી, પાસવર્ડ અને OTP નાખીને અમદાવાદ મ્યુનિસિપલ કોર્પોરેશન ખાતે રજીસ્ટર થઈ ગયા છો. હવે આ યુઝર આઈ-ડી અને પાસવર્ડ દ્વારા આપ અમદાવાદ કોર્પોરેશનની જણાવેલ સેવાનો ઉપયોગ કરી શકો છો.
- ❖ આપ LOGIN થશો એટલે સ્ક્રીનની ડાબી બાજુએ..

➔ " Services " ➔ " Licence " ➔ " Hospital Registration " મેનુ ખુલશે.

પ્રથમ વખત(ન્યુ) " સી " ફોર્મ લાયસન્સ મેળવવા માટે Online Hospital Registration ઉપર ક્લિક કરો. ડાબી બાજુએ ફોર્મ ખુલશે જેમાં હોસ્પિટલની સંપૂર્ણ વિગતો ભરવી. માંગેલ પુરાવાઓને સ્કેનીંગ કરીને અપલોડ કરવા.

રીન્યુઅલ " સી " ફોર્મ લાયસન્સ મેળવવા માટે Renew Hospital Registration ઉપર ક્લિક કરો. જેમાં જુનો સી ફોર્મ રજીસ્ટ્રેશન નંબર લખવો. સર્ચ બટન ઉપર ક્લિક કરવું. ફોર્મ ખુલશે જેમાં માહિતી ભરવી.

- ન્યુ અને રીન્યુ લાયસન્સ માટે ફોર્મ ભર્યા બાદ "Save" બટન ક્લિક કરતા "Acknowledge Slip" જનરેટ થશે. જેની પ્રિન્ટ કાઢવાની રહેશે.
  - આ "Acknowledge slip" અને અત્રેની કચેરીથી જણાવેલ પુરાવાઓ હોસ્પિટલની ફાઈલમાં ફાઈલ કરીને હોસ્પિટલના ડોક્ટર સાહેબ અથવા હોસ્પિટલના કોઈપણ સ્ટાફને ઓરીજનલ ફાઈલ સાથે આવવાનું રહેશે.
- નોંધ:- "Acknowledge Slip" સાથેની ઓરીજનલ ફાઈલ અત્રેની કચેરી ખાતે જમા કરાવતા ઓફીસ ખાતેથી ફાઈલ ની એપુવલ મળતા આપે બી ફોર્મ માં લખેલ મોબાઈલ નંબર ઉપર SMS આવશે. આપે ત્યારબાદ અત્રેની કચેરી ખાતે હોસ્પિટલના બેડ અને લાયસન્સ રીન્યુ માટેના વર્ષ મુજબ નિયમ મુજબ થતી ફી ભરવાની રહેશે. ત્યારબાદ આપને " સી " ફોર્મ લાયસન્સ ઇસ્યુ કરવામાં આવશે. ફી ભરવા અને સી ફોર્મ તૈયાર થાય ત્યારે આપને અત્રેની કચેરીથી ટેલીફોનિક જાણ કરવામાં આવશે.

સરનામું:- હેલ્થ જન્મ-મરણ રજીસ્ટ્રેશન વિભાગ, આરોગ્ય ભવન, જૂની ટીબી હોસ્પિટલ કમ્પાઉન્ડ, ગીતા મંદિર બસ સ્ટેન્ડ સામે, ગીતા મંદિર રોડ, અમદાવાદ-૩૮૦૦૦૧. ( રૂમ નંબર - ૫ મા મળવું )