

# ON STAMP PAPER

समक्ष- औषधि अनुज्ञापन प्राधिकारी (विक्रय), जनपद-

मैं ..... उम्र लगभग..... वर्ष,

पुत्र-श्री ..... निवासी-.....

..... शपथपूर्वक निम्नलिखित बयान करता हूँ।

1. यह कि शपथी मेसर्स..... पर कम्पीटेन्ट पर्सन के रूप में दिनांक ..... से कार्यरत है।
2. यह कि शपथी मेसर्स..... में दिनांक ..... से कार्यरत है और औषधियों का थोक विक्रय उसी के द्वारा अथवा उसकी देख रेख में ही किया जाता है।
3. यह कि शपथी वर्तमान में किसी अन्य सरकारी अथवा गैर सरकारी संस्थान में कार्यरत नहीं है।
4. यह कि शपथी जब भी उक्त प्रतिष्ठान पर कम्पीटेन्ट पर्सन के रूप में कार्य करना छोड़ेगा तो उसकी सूचना औषधि अनुज्ञापन प्राधिकारी को देगा।

शपथकर्ता

मैं ..... शपथकर्ता उक्त शपथपूर्वक यह सत्यापित करता हूँ कि शपथ पत्र की धारा 1 से 4 तक मेरे ज्ञान में सत्य हैं, इसमें किसी भी तथ्य को छिपाया नहीं गया है। ईश्वर मेरी मदद करे।

शपथकर्ता