

AYUSH MEDICAL ASSOCIATION, (India)

Registered under the provisions of S.R. Act 1860 Govt. of India, Regn. No. S-59987, R.O.S. NCT Delhi, Public Trust No. 4/2009 F 229/260 for All India Working

Administrative/ President Office: Ayush Gram Trust Campus, Purwa Taraunha marg, Chitrakoot-210205

Delhi Office: A 30/10-K, Mata Mandir marg, Behind Seth Bhagwandas School, Gali no. 1, Maujpur, Shahdara, Delhi-110053

web site : www.ayushmedicalassociation.org e-mail : ayushmedicalassociation@rediffmail.com

AYUSH M.A. ज्वाइनिंग (सदस्यता) हेतु आवेदन पत्र

(केवल रजिस्टर्ड एवं क्वालीफाइड चिकित्सकों के लिए)

(धारा 5क के अनुसार 1 अप्रैल 2010 से आजीवन सदस्यता शुल्क रु. 501/- के स्थान पर रु. 1100/- है)

पासपोर्ट आकार का नवीनतम फोटो यहाँ चिपकाएँ तथा एक अलग से संलग्न करें।

माननीय अध्यक्ष / महासचिव

AYUSH मेडिकल एसोसिएशन (इण्डिया)

महोदय,

मैं AYUSH मेडिकल एसोसिएशन इण्डिया के समस्त उद्देश्यों, नियमों को स्वीकार करते हुए आजीवन सदस्यता शुल्क रु. 1100/- या संरक्षक सदस्यता रु. 2100/- बैंक ड्राफ्ट नं./मनीआर्डर नं. से भेज रहा हूँ या नकद जमा कर रहा हूँ। मुझे सदस्य के रूप में AYUSH M.A. ज्वाइन कराने का कष्ट करें। मैं AYUSH पद्धति के विकास हेतु, AYUSH जगत में व्याप्त विषमताओं को दूर करने, AYUSH चिकित्सकों के अधिकारों के संरक्षण, संवर्धन और AYUSH पद्धति को राष्ट्रीय वैज्ञानिक; चिकित्सा पद्धति घोषित कराने के अभियान में अपने समय में से 10% समय संगठन के विस्तार हेतु जीवन भर देने के लिए प्रतिबद्ध हूँ। मेरा विवरण निम्नवत् है।

- 1- पूरा नाम
- 2- पिता/पति का नाम
- 3- स्थायी पता पिन
- 4- पत्र व्यवहार का पता पिन
- 5- फोन नं. एस.टी.डी. कोड सहित मोबाइल
- 6- जन्म तिथि
- 7- वैवाहिक स्थिति : अविवाहित विवाहित विधवा विधुर (जो लागू हो उस बॉक्स में ✓ निशान लगायें)
- 8- शैक्षणिक योग्यता (परीक्षा निकाय का नाम, शैक्षणिक योग्यता अर्जित करने का वर्ष) वर्ष
- 9- चिकित्सा पंजीकरण संख्या : (यदि पंजीकृत हैं तो) पंजीकरण दिनांक : पंजीयन बोर्ड / परिषद का नाम :
- 10- क्या आप किसी अन्य एसोसिएशन / समिति के सदस्य हैं? यदि हाँ, तो सदस्यता प्रमाणपत्र की छायाप्रति संलग्न करें।
- 11- यदि आप किसी संस्थान/निकाय में कार्यरत हों या सेवा निवृत्त हों तो उसका विवरण और पद नाम लिखें
- 12- चिकित्सा कार्य के अतिरिक्त अन्य कोई अभिरुचि हो तो उल्लेख करें
- 13- आप AYUSH M.A. ज्वाइन कर रहे हैं, स्वतः से अथवा किसी के प्रस्ताव पर, उसका नाम और पता

दिनांक :

आवेदक के पूर्ण हस्ताक्षर

स्थान :

मुहर :

*Strike out which is not applicable. Note : 1. It is compulsory to attach photocopies of Medical Qualification and Registration Certificate. 2. Please attach membership fee DD in favour of AYUSH Medical Association, payable at BANDA (U.P.) with duly filled application form and send it to Presidential/Executive Office, Ayush Gram Trust Campus, Purwa Taraunha marg, Chitrakoot-210205 [M.P.] 3. You can make photocopies of this application form. 4. Note that DD must be drawn AYUSH Medical Association only and payable at BANDA and does not contain any other word associating with it like BANDA, DELHI etc. because the a/c. is open in the Bank is AYUSH MEDICAL ASSOCIATION.