



महाराष्ट्र कौन्सिल ऑफ होमिओपॅथी

२३५ पेनिनसुला हाऊस, तिसरा मजला, डॉ.दादाभाई नौराजी रोड,
फोर्ट, मुंबई ४००००१

फोन २२७०४४००, २२७०३०८६

फॅक्स (०२२) २२७०३०८६

E-mail@mchmumbai.org

[Web site:www.mchmumbai.org](http://www.mchmumbai.org)

जाहिर सूचना

महाराष्ट्र होमिओपॅथी परिषदेकडे नोंदणीकृत असलेल्या सर्व हामिओपॅथिक वैद्यकीय व्यावसायिकांना कळविण्यात येते की, काही व्यावसायिकांनी स्वतःचा दूरध्वनी क्रमांक व ई-मेल आयडी दिलेला नसून अन्य व्यक्तीचा दिलेला आढळून येतो.

तरी कृपया परिषदेच्या www.mchmumbai.org या संकेतस्थळावर (Online Data Updating Programme for Registered Practitioner) या पर्यायावर आपला स्वतःचा दूरध्वनी क्रमांक, स्वतःचा मोबाईल क्रमांक, आधारकार्ड नंबर, स्वतःचा ई-मेल व सध्याचा फोटो पत्रव्यवहाराचा पत्ता याची नोंद करावी.

तसेच केंद्र सरकारने होमिओपॅथीसाठी राष्ट्रीय आयोगाची स्थापना दि. ५.७.२०२१ रोजीच्या राजपत्रित अधिसूचनेद्वारे केली आहे. राष्ट्रीय होमिओपॅथी आयोग अधिनियम २०२० च्या तरतूदीचे पालन करण्यासाठी खालील बाबींकडे लक्ष देण्यास डॉ. पिनाकिन एन. त्रिवेदी, अध्यक्ष राष्ट्रीय होमिओपॅथी आयोग यांनी पत्र क्र. F.No.2-1/2021-NCH(BERH)/475-476 dtd. 6-9-2021 अन्वये कळविले आहे.

अनुसूची प्रारूप "क" (राज्य रजिस्टर अथवा राष्ट्रीय रजिस्टर मध्ये नामांकित मान्यता प्राप्त चिकित्सा अर्हताधारक चिकित्सकांची नावे) मध्ये खालील माहितीचा समावेश आहे.

- १) क्रमांक
- २) व्यावसायिकाचे नाव नविन फोटोसह
- ३) वडिलांचे नाव
- ४) पत्रव्यवहाराचा पत्ता
- ५) स्थायी पत्ता
- ६) आधारकार्ड नंबर
- ७) ई-मेल, फोन, फॅक्स आणि मोबाईल नंबर
- ८) जन्मतारीख आणि राष्ट्रीयत्व
- ९) शैक्षणिक अर्हता, विश्वविद्यालयाचे नाव, उत्तीर्ण केलेला महिना व वर्ष
- १०) रजिस्ट्रेशन क्रमांक, रजिस्ट्रेशनची तारीख, राष्ट्रीय/राज्य रजिस्टर, रजिस्ट्रेशन नवीकरण की स्थायी
- ११) हॉस्पिटल/संस्थानाचे नाव व पूर्ण पत्ता
- १२) संस्था व रुग्णालयातील व्यक्तीचे नाव जे संबंधित डॉक्टरांनी प्रदान केलेल्या रुग्णसेवेबाबत कायदेशीर समस्यांसाठी जबाबदार असेल

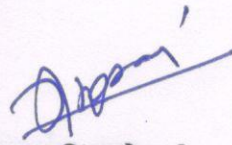
अनुसूची प्रारूप "ख" (भारता बाहेरुन वैद्यकीय पात्रता असलेल्या होमिओपॅथिक प्रॅक्टिशनर्सची यादी आणि दुसऱ्या तरतूदीनुसार मर्यादित कालावधीसाठी भारतात सराव करण्याची परवानगी असलेल्या व्यावसायिकांबाबत) मध्ये खालील माहितीचा समावेश आहे.

- १) क्रमांक
- २) व्यावसायिकाचे नाव नविन फोटोसह
- ३) वडिलांचे नाव
- ४) पत्रव्यवहाराचा पत्ता
- ५) स्थायी पत्ता
- ६) पासपोर्ट संख्या
- ७) ई-मेल, फोन, फॅक्स आणि मोबाईल नंबर
- ८) व्हीसा तपशील
- ९) जन्मतारीख आणि राष्ट्रीयत्व
- १०) शैक्षणिक अर्हता, विश्वविद्यालयाचे नाव, उत्तीर्ण केलेला महिना व वर्ष
- ११) वैद्यकीय अभ्यासासाठी पूर्वी भारतीयांना भेट दिली होती का, जर तसे असेल तर तारीख, कालावधी आणि पूर्व भेटीचे ठिकाण
- १२) तुम्ही इतर कोणत्याही परदेशात नोंदणीकृत आहात काय ? तसे असल्यास नोंदणी केलेल्या संस्थेचे नाव आणि संख्या आणि नोंदणीची तारीख
- १३) तुम्ही तुमच्या देशात वैद्यकीय व्यावसायिक म्हणून नोंदणीकृत आहात काय ? तसे असल्यास नोंदणी केलेल्या संस्थेचे नाव आणि संख्या आणि नोंदणीची तारीख
- १४) नोंदणी किंवा परवाना नुतनीकरण योग्य आहे की काय मस्वरुपी
- १५) वैद्यकीय शिक्षण किंवा संशोधन किंवा सराव करण्याच्या हेतूने पूर्ण पत्ता असलेले हॉस्पिटल किंवा संस्थेचे नाव
- १६) प्रशिक्षण किंवा संशोधनाचा कालावधी किंवा औषधांचा सराव
- १७) भारतीतील संस्था व रुग्णालयातील व्यक्तीचे नाव जे संबंधित डॉक्टरांनी प्रदान केलेल्या रुग्णसेवेबाबत कायदेशीर समस्यांसाठी जबाबदार असेल
- १८) भारतातील रोजगार तात्पुरता होता की काय मचा

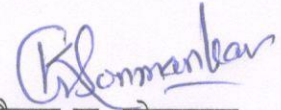
तरी वरीलप्रमाणे सर्व माहिती राष्ट्रीय होमिओपॅथी आयोगाला सादर करावयाची आहे. तरी कृपया आपली माहिती भरुन परिषदेला कळवावे, ही विनंती.

ठिकाण - मुंबई

दि.- ३० नोव्हेंबर २०२१



डॉ. सोमनाथ त्रिं. गोसावी
प्रशासक
महाराष्ट्र कौन्सिल ऑफ होमिओपॅथी



डॉ. कैलास रा. सोनमनकर
प्रबंधक
महाराष्ट्र कौन्सिल ऑफ होमिओपॅथी