

दूरभाष - (0522) 2725586/39

फैक्स - (0522) 2725539

उत्तर प्रदेश वॉलण्टरी हेल्थ एसोसिएशन

890

5/459 विराम खण्ड, गोमती नगर, लखनऊ - 226010

सदस्यता हेतु आवेदन पत्र

अ. सामान्य जानकारी

1. संस्था/अस्पताल का नाम एवं पता (स्पष्ट अक्षरों में).....  
.....  
.....

2. संस्था/अस्पताल के मुख्य कार्यपालक का नाम, पद एवं पत्र व्यवहार का पता:  
नाम.....  
पद.....  
स्थायी पता.....  
.....

पत्रव्यवहार का पता.....  
.....  
.....

3. क्या आपकी संस्था सोसायटी पंजीकरण अधिनियम या अन्य किसी समान अधिनियम के अन्तर्गत पंजीकृत है  
हाँ/नहीं  
यदि हाँ तो पंजीकरण संख्या..... दिनांक.....

(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)

4. क्या संस्था एफ. सी. आर. ए. के अन्तर्गत पंजीकृत है, हाँ/नहीं  
यदि हाँ तो नम्बर..... दिनांक.....  
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)

5. संस्था के मुख्य लक्ष्य एवं उद्देश्य.....  
(संस्था का स्मृति पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)  
.....  
.....  
.....

ब प्रवृत्तियों व कार्य कलापो सम्बन्धी जानकारी

1. कार्यकर्ताओं की कुल संख्या : प्रशिक्षित.....अप्रशिक्षित.....  
वैतनिक.....अवैतनिक.....  
पूर्णकालीन.....अंशकालीन.....

विशेषज्ञो/सन्दर्भ व्यक्तियों का विवरण : नाम व विशेषज्ञता सहित

2. संस्था का कार्यक्षेत्र प्रदेश का.....  
जनपदों के नाम व संख्या.....  
ब्लाकों के नाम व संख्या.....  
गांवों की संख्या.....

3. संस्था के पास क्या-क्या संसाधन उपलब्ध है (भवन, वाहन, दृश्यश्रव्य उपकरण आदि)  
(संसाधनों की सूची संलग्न करें)

.....  
.....  
.....  
.....

4. क्षेत्र की प्रमुख समस्याएं क्या-क्या हैं?

स्वास्थ्य.....  
सामाजिक.....  
आर्थिक.....  
अन्य.....

5. अन्य विवरण :

.....  
.....  
.....

6. संस्था/का संक्षिप्त परिचय:

.....

.....

.....

7. सामुदायिक स्वास्थ्य सेवाओं का विवरण.....

.....

.....

.....

8. संस्था द्वारा चलाये जा रहे कार्यक्रमों का विवरण :

क्र.सं.	परियोजना का नाम	आरम्भ वर्ष,	अवधि	वित्तीय स्रोत	क्षेत्र/ग्राम/वि०ख०	कार्यक्रम का स्वरूप
1	2	3	4	5	6	7
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						

स. आपसी सहयोग सम्बन्धी जानकारी

1. उ०प्र० वॉलण्टरी हेल्थ एसोसिएशन का आपकी संस्था क्या सहयोग कर सकती है?

.....

.....

.....

आपकी संस्था की उ०प्र० वॉलण्टरी हेल्थ एसोसिएशन से क्या अपेक्षाएं है ?

द. घोषणा : मैं/घोषणा करता हूँ/ करते है कि आवेदन पत्र में दी गयी उपरोक्त सभी जानकारी मेरी/हमारी समझ से ठीक है। मैं/हम सदस्यता ग्रहण करने हेतु आपके संगठन के सभी नियमों एवं शर्तों का पालन करने के लिये सहमत हूँ/हैं।

दिनांक:

आवेदक के पूर्ण हस्ताक्षर  
(संस्था की मोहर सहित)

स्थान:

आवश्यक निर्देश:

आवेदन पत्र के साथ निम्न प्रपत्र संलग्न करते हुये कृपया सम्बन्धित क्षेत्रीय कार्यालय को प्रेषित करें। आवेदन पत्र के साथ किसी प्रकार का शुल्क स्वीकार नहीं होगा तथा सदस्यता सम्बन्धी पत्राचार नहीं किया जायेगा। सदस्यता स्वीकृति होने के बाद सूचित किया जायेगा तथा शुल्क भी तभी स्वीकार होगा।

1. पंजीकरण प्रमाण पत्र
2. स्मृतिका
3. नियमावली
4. संस्था की वार्षिक प्रतिवेदन
5. संस्था का लेखांकन प्रपत्र 3 वर्ष का संलग्न करें।
6. संस्था के अन्य प्रकाशन संलग्न करने का कष्ट करें।

उत्तर प्रदेश वॉलण्टरी हेल्थ एसोसिएशन 5/459, विराम खण्ड गोमती नगर, लखनऊ-226 010  
Ph. : 0522- 2725539, 2725586, Fax - 2725539 Email : upvha@sancharnet.in

सहारनपुर, मुजफ्फरनगर, विजनौर, मुरादाबाद, रामपुर, ज्योतिवा फुले नगर, मेरठ, वागपत, गाजियाबाद, गौतमबुद्ध नगर, बुलन्दशहर, अलीगढ़, हाथरस, मथुरा, आगरा, फिरोजाबाद, एटा, मैनपुरी, बदायूँ बरेली, पीलीभीत, शाहजहाँपुर, खीरी, सीतापुर, हरदोई, उन्नाव, लखनऊ, रायबरेली, फरुखाबाद, कन्नौज, इटावा, औरय्या, कानपुर नगर, कानपुर देहात, जालौन, झाँसी, ललितपुर, हमीरपुर, महोबा, फतेहपुर, बाराबंकी, सुल्तानपुर, बहराइच, श्रावस्ती।

~~उ० प्र० वॉलण्टरी हेल्थ एसोसिएशन, 2 विनेकानन्द नगर, मलदहिया, वाराणसी 221 008  
दूरभाष : 0542-2267041~~

फैजाबाद, अम्बेडकर नगर, सुल्तानपुर, बलरामपुर, गोण्डा, बाँदा, चित्रकूट, प्रतापगढ़, कौशाम्बी, इलाहाबाद, सिद्धार्थ नगर, वस्ती, सन्तकबीर नगर, महाराजगंज, गोरखपुर, देवरिया, आजमगढ़, मऊ, बलिया, जौनपुर, गाजीपुर, चंदौली, वाराणसी, संतरविदास नगर, मिर्जापुर, सोनभद्र।

कृपया यूपीवीएच की दो वर्तमान पूणकालिक सदस्य संस्थाओं की संस्तुति

- 1.
- 2.