

***Guidebook on Application and Approval
Procedure for Grant & Renewal of Retail or
Wholesale Drug Licenses***



Department of Health, Government of Bihar

Table of Contents

A.	Application and Approval Procedure	2
B.	Checklist of Documents.....	2
C.	Application Forms	2
D.	Supplementary Forms	2
E.	Fee Structure	2

A. Application and Approval

To apply for grant or renewal of various kind of retail or wholesale drug licenses please read this section carefully and comply with the instructions given herein:

1. Please apply only in prescribed application form as provided at section “C” of this Guidebook. Applicant can download the form from department’s website or can obtain it from their respective district offices/head office at Patna.
2. Attach duly filled supplementary forms as given under the section “D”. Applicants can obtain it from their respective district offices/head office at Patna.
3. Attach all necessary documents as prescribed in the Checklist available at section “B” of this Guidebook.
4. Deposit applicable Fee as prescribed in “Fee Structure” at section “E”.
5. Submit application along with requisite documents and original copy of challan to the concerned District Drugs Control Office.
6. If the Licensing Authority is satisfied that all requirements pertaining to grant or renewal of license have been complied with and that conditions of the license are met, shall grant the application.
7. A license (in Form 20, 20B, 20F, 20G, 21 or 21B) to sell, stock, exhibit or offer for sale or distribute drugs shall not be granted or renewed to any person unless the authority empowered to grant the license is satisfied that the premises in respect of which the license is to be granted or renewed are adequate, equipped with proper storage accommodation for preserving the properties of the drugs to which the license applies and are in charge of a person competent in the opinion of the licensing authority to supervise and control the sale, distribution and preservation of drugs.
8. A license in Form 20A or Form 21A shall not be granted to any person, unless the authority empowered to grant the license is satisfied that the premises in respect of which the license is to be granted are adequate and equipped with proper storage accommodation for preserving the properties of drugs to which the license applies.
9. A license in Form 20C or Form 20D to [to sell, stock or exhibit or offer for sale or distribute] Homoeopathic medicines shall not be granted to any person unless the authority empowered to grant the license is satisfied that the premises in respect of which the license is to be granted are clean and in the case of a license in Form 20C the sale premises is in charge of a person who is or has been dealing in Homoeopathic medicines and who is in the opinion of the Licensing Authority competent to deal in Homoeopathic medicines.

B. Checklist of Documents

1. Grant of Retail License

1. Application in Statutory form.
2. License Fee/Challan.
3. Declaration (Notarised affidavit) for new drug sale license in prescribed format by applicant (proprietor/Partners/Director/Authorised Signatory/Power of attorney).
4. Residential certificate, Voter ID, Aadhar card for proof of residential address (permanent).
5. Proof of educational qualification of applicant.
6. Proof of date of birth of applicant.
7. Government document with photo for identification.
8. Four (4) passport size colored photo of applicant.
9. Partnership deed in case of partnership firm/ Article of association, Memorandum of association, List of Directors resolution of Board of directors/Power of attorney (In case of a company).
10. Affidavit in prescribed format regarding character by applicant/character certificate of applicant issued by competent authority.
11. Affidavit in prescribed format regarding consent and appointment of Registered Pharmacist.
12. Registration certificate and up to date renewal of registration of registered pharmacist issued by Bihar State Council, Patna.
13. Four (4) passport size colored photo of Registered Pharmacist.
14. Plan of the proposed premises indicating the carpet area (specifying length and breadth in meters and area in square meter) and boundary with signature of building owner and the applicant and its route chart.
15. Legal document showing the proof of ownership of the building owner with updated property tax receipt for the premise to be licensed.
16. If the proposed premise is on rental basis, rent agreement on India Non Judicial Stamp with updated property tax pay receipt.
17. Purchase receipt of refrigerator with make and capacity.

Note: (i) Photocopy of all documents should be self-attested by applicant.

(ii) Documents relating to competent person/registered pharmacist should be self-attested Doc by C.P./R. Pharmacist and by applicant also.

2. Grant of Wholesale License

1. Application in Statutory form.
2. License Fee/Challan.
3. Declaration (Notarised affidavit) for new drug sale license in prescribed format by applicant (proprietor/Partners/Director/Authorised Signatory/Power of attorney).
4. Residential certificate, Voter ID, Aadhar card for proof of residential address (permanent).
5. Proof of educational qualification of applicant.
6. Proof of date of birth of applicant.
7. Government document with photo for identification.
8. Four (4) passport size colored photo of applicant.
9. Partnership deed in case of partnership firm/ Article of association, Memorandum of association, List of Directors resolution of Board of directors/Power of attorney (In case of a company).
10. Affidavit in prescribed format regarding character by applicant/character certificate of applicant issued by competent authority.
11. Plan of the proposed premises indicating the carpet area (specifying length and breadth in meters and area in square meter) and boundary with signature of building owner and the applicant and its route chart.
12. Legal document showing the proof of ownership of the building owner with updated property tax receipt for the premise to be licensed.
13. If the proposed premise is on rental basis, rent agreement on India Non Judicial Stamp with updated property tax pay receipt.
14. Purchase receipt of refrigerator with make and capacity.
 - i. **If competent person is registered pharmacist following documents are required:**
 - a) Affidavit in prescribed format regarding consent and appointment of registered pharmacist.
 - b) Registration certificate and up to date renewal of registration of Registered Pharmacist issued by Bihar State Pharmacy Council, Patna.
 - c) Four (4) passport size colored photo of registered pharmacist.

ii. If competent person is experienced person, following documents are

required:

- a) Affidavit in prescribed format regarding consent and appointment of competent person.
- a) Educational qualification certificate from a recognized university.
- b) Experience certificate of four (4) years in dealing with sale of drugs after passing the matriculation examination or its equivalent examination/Experience certificate of one year after passing degree examination from licensed wholesale drug premises.

iii. Photocopy of license certificate and updated renewal certificate of experience certificate issuing whole sale drug premises.

Note: i. Photocopy of all documents should be self-attested by applicant.

ii. Documents relating to competent person/registered pharmacist should be self-attested by C.P./R. Pharmacist and by applicant also.

3. Renewal of Retail License

- 1. Application in Statutory form.
- 2. Renewal Fee/Challan
- 3. Declaration in prescribed format.
- 4. Self-attested photocopy of Drug license/Previous Renewal Certificate of licenses, as the case may be.
- 5. Current renewal certificate of registration of registered Pharmacist.

4. Renewal of Wholesale License

- 1. Application in Statutory form.
- 2. Renewal Fee/Challan
- 3. Declaration in prescribed format.
- 4. Self-attested photocopy of Drug license/Previous Renewal Certificate of licenses, as the case may be.
- 5. Current renewal certificate of registration of registered Pharmacist.

C. Application Forms

1. Other than Homeopath Drugs

FORM 19

Application for grant or renewal of a license to sell, stock, exhibit or offer for sale, or distribute drugs other than those specified in Schedule X

1. I/We.....

hereby apply for license to sale by wholesale/retail drugs specified in Schedule C and C(1) and excluding those Specified in Schedule X* and / or drugs other than those specified in Schedule C,C(1) and X to the Drugs and Cosmetics Rules, 1945* and also to operate a pharmacy

on the premises situated at.....

2. The sale and dispensing of drugs will be made under the personal supervision of the registered pharmacist / competent person namely: -

..... (Name) (Qualification)

..... (Name) (Qualification)

3. Categories of drugs to be sold.

4. Particulars for special storage accommodation.

5. A fee of rupees has been credited to the Government under the head of account.....

D a t e :_

Signature

* Delete whichever is not applicable.

\$ To be deleted if drugs will be sold only by wholesale.

+ Required only if products requiring special storage are to be sold.

FORM 19 A

Application for the grant or renewal of a restricted ¹[license to sell, stock or exhibit or offer for sale, or distribute] drugs by retail by ²[] dealers who do not engage the services of a registered pharmacist**

1. I / We of hereby
apply for a license to sell by retail (i) ³[Drugs other than those specified in Schedule C, C1 and X] on the premises situated at /²[**]
or (ii) ⁴[Drugs specified in Schedule C(1)] on the premises situated at /
⁴[Drugs specified in Schedule C(1)] as vendor in the area.....

2. Sales shall be restricted to such drugs as can be sold without the supervision of a registered pharmacist under the Drugs and Cosmetics Rules.

3. Names or classes of drugs proposed to be sold.....

***4.** Particulars of the storage accommodation for the storage of ⁵[Schedule C(1)] on the premises referred to above.

****5.** The drugs for sale will be purchased from the following dealers and such other dealers as may be endorsed on the licence by the Licensing Authority from time to time.

Name of the dealer's..... License No

6. A fee of rupees ²[**]/ #twenty has been credited to Government under the head of account

Date Signature

**Delete whichever is not required.*

***Applies only to an itinerant vendor.*

FORM 19C

Application for grant or renewal of a ²[license to sell, stock, exhibit or offer for sale, or distribute] of drugs specified in Schedule X.

1. I/We* of hereby apply for a license to sell by
*wholesale/*retail drugs specified in Schedule X to the Drugs and Cosmetics Rules, 1945. We operate a pharmacy on the premises, situated at

2. ** The sale and dispensing of drugs will be made under the personal supervision of the registered pharmacists mentioned below:-

(Name) (Qualification)

(Name) (Qualification)

3. Name of drugs to be sold.

4. *** Particulars of storage accommodation.

5. A fee of rupees has been credited to Government account under the head of account

Date Signature

** Delete whichever is not applicable.*

*** To be deleted if drugs will be sold only by wholesale.*

****Required only if products requiring special storage are to be sold.]*

FORM 19AA

Application for grant or renewal of a ²[license to sell, stock or exhibit or offer for sale by wholesale, or distribute] drugs from a motor vehicle

I / We * _____ of _____ hereby apply for ²[license to sell, stock or exhibit or offer for sale by wholesale, or distribute] drugs specified in Schedules C and C (1) and /or drugs other than those specified in Schedules C and C (1) from the vehicle bearing registration no. assigned under the Motor Vehicles Act, 1939.

2. Categories of drugs to be sold / distributed _____

3. A fee of rupees _____ has been credited to Government under the head of account _____

*4. Particulars of the storage accommodation for the storage of drugs specified in Schedules C and C (1) on the vehicle referred to above.

Date _____ Signature _____

*Delete if not required.

2. Homeopath Drugs

FORM 19B

Application for ¹[license to sell, stock or exhibit or offer for sale, or distribute] Homoeopathic medicines

1. I / We*of.....hereby apply for a license to sell by *wholesale/*retail Homoeopathic medicines on the premises situated at

**2. The sale and dispensing of Homoeopathic medicines shall be made under the personal supervision of the following competent person in -charge.

Name.....

3. A fee of rupeeshas been credited to Government under the head of account.....

DateSignature

*Delete whichever is not required.

** To be deleted if Homoeopathic medicines will be sold by wholesale.

1. Subs. By G.S.R. 788(E), dt.10.10.1985.

3. Ayurvedic (including Siddha) or Unani Drugs

No license is required for retail or wholesale of Ayurvedic (including Siddha) or Unani drugs

D. Supplementary Forms

1. Requirement/Documents for New Drug Sale License

नई औषधि बिक्री अनुज्ञापन हेतु Requirement/ Documents	
1.	प्रपत्र 19/प्रपत्र 19A प्रपत्र 19 B, 19C
2.	चालान (अनुज्ञापन शुल्क)
3.	आवेदक का घोषणा पत्र-एफिडेविट के रूप में
4.	आवेदक / पावर ऑफ अटॉर्नी होल्डर से संबंधित (क) शैक्षणिक योग्यता प्रमाण पत्र (ख) स्थायी पता से संबंधित दस्तावेज (अवसायीय प्रमाण पत्र स्थायी) (ग) औषधि एवं प्रसाधन सामग्री अधिनियम, 1940 के अन्तर्गत सजा न होने एवं स्वचरित्र से संबंधित एफिडेविट (घ) पहचान हेतु फोटो युक्त सरकारी दस्तावेज (ङ) आवेदक/ पावर ऑफ अटॉर्नी होल्डर का अभिप्रमाणित रंगीन फोटो 4 प्रति
5.	प्रस्तावित प्रतिष्ठान के भूगृहादि से संबंधित (क) भूगृहस्वामी द्वारा दिया गया इकरारनामा/किरायनामा/सहमति पत्र (न्यूनतम जगह 108 वर्गफीट) (ख) प्रस्तावित भूगृहादि का नगर निगम का अद्यतन होल्डिंग टैक्स रिसिप्ट (ग) प्रस्तावित प्रतिष्ठान का नक्शा एवं रूट चार्ट
6.	एलोपैथ-निबंधित फार्मासिस्ट / सक्षम व्यक्ति से संबंधित (क) फार्मासिस्ट/सक्षम व्यक्ति की नियुक्ति एवं सहमति से संबंधित एफिडेविट (ख) शैक्षणिक योग्यता प्रमाण पत्र (ग) निबंधन प्रमाण पत्र (घ) निबंधन का अद्यतन नवीकरण प्रमाण पत्र (ङ) थोक औषधि विक्रय प्रतिष्ठान में कार्य का अनुभव प्रमाण पत्र (च) अनुभव प्रमाणपत्र निगंत करने वाले प्रतिष्ठान की अनुज्ञापन एवं नवीकरण प्रमाणपत्र (छ) फार्मासिस्ट / सक्षम व्यक्ति का अभिप्रमाणित रंगीन फोटो 4 प्रति
7.	होमियोपैथ-सुयोग्य/सक्षम व्यक्ति से संबंधित (क) सुयोग्य/सक्षम व्यक्ति की नियुक्ति एवं सहमति से संबंधित एफिडेविट (ख) शैक्षणिक योग्यता प्रमाण पत्र (ग) निबंधन प्रमाण पत्र, यदि होमियोपैथ चिकित्सक हो. (घ) निबंधन का अद्यतन नवीकरण प्रमाण पत्र, यदि होमियोपैथ चिकित्सक हो (ङ) होमियोपैथ चिकित्सक के अधीन अथवा थोक औषधि विक्रय प्रतिष्ठान में कार्य का अनुभव प्रमाण पत्र (च) अनुभव प्रमाणपत्र निगंत करने वाले होमियोपैथ चिकित्सक का निबंधन प्रमाण पत्र एवं अद्यतन नवीकरण प्रमाणपत्र अथवा अनुभव प्रमाणपत्र निगंत करने वाले प्रतिष्ठान की अनुज्ञापन एवं नवीकरण प्रमाण पत्र। (छ) सुयोग्य / सक्षम व्यक्ति का अभिप्रमाणित रंगीन फोटो 2 प्रति में
8.	अन्य (क) आवेदक के नाम से प्रपत्र 19 के अन्तर्गत संबंध में कागजात/एफिडेविट (ख) पार्टनरशिप डीड, यदि लागू हो प्रतिष्ठान हो (ग) मेमोरेन्डम एन्ड आर्टिकल आफ एसोसिएशन एवं पावर ऑफ अटॉर्नी यदि प्रतिष्ठान प्रा-लि-या लि-कं हो, फार्म-18 (घ) यदि पूर्व से ही अनुज्ञापित हो तो प्राप्त अनुज्ञापन एवं नवीकरण प्रमाण पत्र (ङ) यदि आवेदन स्थान / नाम / स्वामित्व परिवर्तन हेतु दिया गया तो वर्तमान प्रतिष्ठान में उपलब्ध औषधियाँ एवं अन्य एसेन्स एण्ड लायबिलिटीज के निष्पादन के संबंध में एफिडेविट (च) विक्री की जानेवाली औषधियों की सूची, यदि प्रतिबंधित अनुज्ञापन चाहते हैं

(रा० औ० नि०, बिहार, पटना के पत्रांक 689, दिनांक 7.4.82 के अनुरूप)

- 1

Guidebook on Application & Approval Procedure for Grant & Renewal of Retail or Wholesale Drug Licenses

18. प्रस्तावित औषधि विक्रय प्रतिष्ठान का विवरण

(क) नाम - मेसर्स

(ख) पता - ग्राम / मोहल्ला -

पत्रालय -

अनुमंडल -

धाना -

जिला

प्रखंड -

पिन कोड -

(ग) चौहद्दी - (संस्थान की चौहद्दी में विशेषाधीन स्थान से ठीक सटे जगह का नाम दिया जाय)

उत्तर -

दक्षिण -

पूर्व

पश्चिम -

(घ) भवन का विवरण - कमरे की सं-

मुख्य दिशा-

फ्लोर-

कुल क्षेत्रफल-

लंबाई -

चौड़ाई -

उँचाई -

रींगर -

फर्श -

छत-

19. प्रस्तावित प्रतिष्ठान के भूगुहादि के स्वामित्व से संबंधित विवरण -

(क) प्लॉट नं०-

सर्किल नं० -

खाता/खेसरा/होलिडिंग नं० -

(ख) प्रस्तावित प्रतिष्ठान का स्थान आवेदक का अपना है या किराये का ?-

(ग) भूगुहस्वामी का नाम -

पति/पति का नाम-

पता - ग्राम / मोहल्ला -

पत्रालय -

धाना -

जिला-

20. प्रस्तावित भूगुहादि में पूर्व में कोई औषधि प्रतिष्ठान अवस्थित था या नहीं? यदि हाँ तो निम्न विवरण दें-

(क) पूर्व औषधि प्रतिष्ठान का नाम -

अनुज्ञप्ति सं० -

निर्गत तिथि -

वैधता -

(ख) इस परिस्थिति में उक्त भूगुहादि खाली हुई - अनुज्ञप्ति रद्द हुआ या समर्पित हुआ या व्यवसाय बंद कर दिया गया?-

(ग) प्रस्तावित औषधि प्रतिष्ठान से पूर्व औषधि प्रतिष्ठान के स्वामी का संबंध ? -

21. संचय व्यवस्था का विवरण - (क) विद्युत की व्यवस्था -

(ख) सामान्य औषधियों के लिए -

(ग) प्रशीतनकीय औषधियों हेतु - प्रशीतनक का मेक -

क्षमता -

22. क्या प्रस्तावित प्रतिष्ठान किसी अन्य कमरे या आवासीय भवन से जुड़ा है?-

23. क्या प्रतिष्ठान में किसी चिकित्सक को प्रैक्टिस करने की अनुमति दी जायेगी? -

24. प्रस्तावित प्रतिष्ठान में आप किसी अन्य प्रकार की दुकान तो नहीं करते हैं? -

(प्रस्तावित भूगुहादि में किसी अन्य प्रकार की दुकान वर्जित है)

मैं शपथपूर्वक यह घोषणा करता हूँ कि कंपनी के लिए नई औषधि विक्रय अनुज्ञप्ति प्राप्त करने हेतु मुझे कंपनी के द्वारा प्राधिकृत किया गया है। मैं शपथपूर्वक यह भी घोषणा करता हूँ कि हमारी कंपनी के प्रस्तावित प्रतिष्ठान का भूगुहादि भौतिक एवं कानूनी रूप से हमारी कंपनी के अधिकार एवं कब्जे में है एवं न तो मुझे और न ही हमारी कंपनी को औषधि एवं प्रसाधन सामग्री अधिनियम, 1940 अथवा किसी अन्य अधिनियम के अंतर्गत सजा हुई है तथा उपरोक्त वर्णित तथ्य एवं संलग्न कागजात हमारी जानकारी एवं विश्वास में पूर्णतः सही एवं सत्य है। इसमें किसी प्रकार की त्रुटि पाए जाने पर सारी जवाबदेही हमारी एवं हमारी कंपनी होगी।

दिनांक:-

डायरेक्टर / पावर ऑफ अटार्नी होल्डर
का हस्ताक्षर एवं मोहर

3. Affidavit Performa for Consent and Appointment of Registered Pharmacist for New Drug License

नई औषधि अनुज्ञप्ति हेतु निर्बंधित फार्मासिस्ट की नियुक्ति से संबंधित शपथ-पत्र

मैं , पिता / पति श्री

स्थायी निवासी - ग्राम/मोहल्ला/रोड

पत्रालय, थाना, जिला

शपथपूर्वक निम्न घोषणा करता हूँ :-

(1) यह कि मैंने श्री.....पिता.....

निबंधन संख्या.....वैद्यता.....जिनका

पूर्ण विवरण निम्न अंकित है, अपने प्रस्तावित औषधि बिक्रय प्रतिष्ठान मेसर्स

ग्राम/ मोहल्ला/ रोड.....

पत्रालय.....थाना.....जिला.....का

में सुयोग्य प्रभारी व्यक्ति (फार्मासिस्ट) के रूप में कार्य संपादन हेतु नियुक्त किया गया है ।

(2) यह कि नियुक्त फार्मासिस्ट का वेतन भुगतान इनके आधार सीडेड बैंक खाता संख्या.....

बैंक का नाममें किया जाएगा ।

पुनः मैं यह शपथ पूर्वक घोषणा करता हूँ कि उपरोक्त वर्णित तथ्य हमारी जानकारी एवं विश्वास में पूर्णतः सही एवं सत्य है एवं उपरोक्त में किसी प्रकार की त्रुटि पाए जाने पर उसकी पूर्ण जिम्मेदारी मेरी होगी ।

आवेदक का हस्ताक्षर

नई औषधि अनुज्ञप्ति हेतु निर्बंधित सुयोग्य व्यक्ति (फार्मासिस्ट) की सहमति से संबंधित घोषणा पत्र

मैं

पिता/पति

स्थायी निवासी-ग्राम/मोहल्ला/रोड.....

पत्रालय.....थाना.....जिला.....

स्वत्वाधिकारी उपस्थिति में शपथपूर्वक निम्न घोषणा करता हूँ :-

(a) यह कि मैं बिहार राज्य फार्मसी परिषद, द्वारा निर्बंधित फार्मासिस्ट हूँ ।

(b) यह कि मेरा निबंधन संख्या.....तथा वैद्यता.....तक है ।

(c) यह कि मैं वर्तमान में किसी भी सरकारी अथवा गैर सरकारी संस्थान में कार्यरत नहीं हूँ ।

(d) यह कि मैंने प्रस्तावित औषधि बिक्रय प्रतिष्ठान मेसर्स

ग्राम/ मोहल्ला/ रोड.....

पत्रालय.....थाना.....जिला.....

जिनके आवेदक श्री.....है, मैं पूर्णकालिक फार्मासिस्ट के रूप में कार्य संपादन हेतु अपनी सहमति प्रदान की है ।

(e) यह कि मैं उपरोक्त अनुज्ञापित औषधि बिक्रय, प्रतिष्ठान में कार्य छोड़ने से कम से कम एक माह पूर्व संस्थान एवं संबंधित औषधि नियंत्रण प्रशासन को सूचित कर दूंगा ।

(f) यह कि मैं बिहार राज्य फार्मसी परिषद, पटना द्वारा निर्गत मूल निबंधन प्रमाण-पत्र एवं अद्यतन नवीकरण प्रमाण-पत्र की स्व-अभिप्रमाणित छाया प्रति संलग्न कर रहा हूँ ।

पुनः मैं यह शपथपूर्वक घोषणा करता हूँ कि उपरोक्त वर्णित तथ्य हमारी जानकारी एवं विश्वास में पूर्णतः सही एवं सत्य है एवं उपरोक्त में किसी प्रकार की त्रुटि पाए जाने पर उसकी पूर्ण जिम्मेदारी मेरी होगी ।

सुयोग्य व्यक्ति का
फोटो

4. Affidavit Performa for Consent and Appointment of Competent Person

नई औषधि अनुज्ञप्ति हेतु सक्षम व्यक्ति की नियुक्ति से संबंधित शपथ-पत्र

मैं, पिता / पति श्री

स्थायी निवासी - ग्राम/मोहल्ला/रोड

पत्रालय, थाना, जिला

शपथपूर्वक निम्न घोषणा करता हूँ :-

यह है कि मैंने श्री, पिता/पति, जिनका पूर्ण विवरण निम्न अंकित है, को शैक्षणिक योग्यता, अपने प्रस्तावित प्रतिष्ठान मे 0, पता-ग्राम/मोहल्ला/रोड, पत्रालय, थाना, जिला, में सक्षम व्यक्ति के रूप में कार्य मंजूरन हेतु नियुक्त किया गया है।

पुनः मैं यह शपथ पूर्वक घोषणा करता हूँ कि उपरोक्त वर्णित तथ्य हमारी जानकारी एवं विश्वास में पूर्णतः सही एवं सत्य है एवं उपरोक्त में किसी प्रकार की त्रुटी पाए जाने पर उसकी पूर्ण जिम्मेदारी मेरी होगी ।

आवेदक का हस्ताक्षर

नई औषधि अनुज्ञप्ति हेतु सक्षम व्यक्ति की सहमति से संबंधित घोषणा पत्र

मैं

पिता/पति

स्थायी निवासी-ग्राम/मोहल्ला/रोड

पत्रालय, थाना

जिला, स्वत्वाधिकारी की उपस्थिति में शपथपूर्वक निम्न घोषणा करता हूँ :

(i) यह कि मेरी शैक्षणिक योग्यता

(ii) यह कि मैंने थोक औषधि विक्रय प्रतिष्ठान मेसर्स निर्गत तिथि, ग्राम/मोहल्ला/रोड, पत्रालय, थाना, जिला, में निर्गत से तक औषधियों के क्रय-विक्रय का अनुभव प्राप्त किया है।

(iii) यह कि मैंने प्रस्तावित संस्थान मेसर्स ग्राम/मोहल्ला/रोड, पत्रालय, थाना, जिला, जिनके आवेदक श्री हैं, में अनुज्ञप्ति निर्गतोपरान्त पूर्णकालिक सक्षम व्यक्ति के रूप में कार्य करने की सहमति प्रदान की है।

(iv) यह कि मैं किसी सरकारी अथवा गैर सरकारी संस्थान में कार्यरत नहीं हूँ।

(v) यह कि मैं अपने शैक्षणिक योग्यता प्रमाण पत्र एवं थोक औषधि प्रतिष्ठान के कार्यानुभव प्रमाणपत्र की अभिप्रमाणित छायाप्रति संलग्न कर रहा हूँ।

सक्षम व्यक्ति का
फोटो

पुनः मैं यह शपथपूर्वक घोषणा करता हूँ कि उपरोक्त वर्णित तथ्य हमारी जानकारी एवं विश्वास में पूर्णतः सही एवं सत्य है एवं उपरोक्त में किसी प्रकार की त्रुटी पाए जाने पर उसकी पूर्ण जिम्मेदारी मेरी होगी।

सक्षम व्यक्ति का हस्ताक्षर

5. Performa for Plan of the Proposed Premises indicating the Carpet Area

(12) (1)

प्रस्तावित औषधि विक्रय प्रतिष्ठान का नक्शा एवं रूट चार्ट

प्रस्तावित प्रतिष्ठान का नाम एवं पता:- मे०.....

कमरा का विवरण

कमरे की सं०-	फ्लोर-	मुख्य दिशा-
लम्बाई-	वार्ड नं०-	
चौड़ाई-	सर्किल नं०-	
ऊँचाई-	होलिडिंग नं०-	
कुल क्षेत्रफल-		

फर्श..... दीवार..... छत.....

चौहद्दी

उत्तर

दक्षिण.....

पूरब

पश्चिम

कमरे का नक्शा एवं रूट चार्ट

उत्तर

पश्चिम ——— पूरब

दक्षिण

6. Affidavit

AFFIDAVIT

IS/O.....

Resident ofP.O.

P.S. Dist.

do is hereby solemnly affirm & declare as under

1. That, the deponent is the proprietor / partner/power of attorney

holder of the firm M/s.....

situated atP.O.

P.S. Dist.

2. That the premises of the firm, situated at

P.O. P.S. Dist.

is in Physical and legal possession of the firm and the deponent.

3. That , neither the firm nor the deponent has ever been convicted under the Drugs & Cosmetics Act, 1940 or any other Act in any Court of India.

4. That the deponent bears good moral character.

Deponent

Verification

Verified at Patna on this..... day of..... that the contents of the above affidavit are true and correct to the best of my knowledge & belief.

Deponent

7. Self-Declaration

घोषणा

मैं यह शपथपूर्वक घोषणा करता
हूँ कि न तो हमारे प्रतिष्ठान के संविधान में किसी
प्रकार का परिवर्तन किया गया है और नही प्रतिष्ठान के स्थान/स्थिति
में किसी प्रकार का परिवर्तन किया गया है, जिस स्थान विशेष पर, जितने क्षेत्रफल में
अनुज्ञप्ति निर्गत हुई थी, उसमें किसी प्रकार का परिवर्तन बगैर औषधि नियंत्रण प्रशासन के अनुमति
के नहीं किया गया है एवं उक्त भूगृहादि भौतिक एवं कानूनी रूप से हमारे एवं हमारे प्रतिष्ठान के अधिकार एवं कब्जे में है
तथा उपरोक्त तथ्य एवं संलग्न कागजात हमारी जानकारी एवं विश्वास में पूर्णतः सही एवं सत्य है।

स्वत्वाधिकारी/साझेदार का हस्ताक्षर

E. Fee Structure

1. Application Fee Structure- Sales and Wholesale Licenses

Application Form	License Form	Grant Application	Renewal Application	Additional Fee (INR) per Month or part thereof within 6 months after expiry of License	Duplicate License Fee (INR)
		License Fee (INR)	License Fee (INR)		
19	20B	1500	1500	500	150
19	21B	1500	1500	500	150
19	20	1500	1500	500	150
19	21	1500	1500	500	150
19 A	20A	500	500	250	150
19 A	21 A	500	500	250	150
19C	20F	500	500	250	150
19C	20G	500	500	250	150
19AA	20BB, 21BB	500	500	250	150
19B	20C or 20D	250	250	50	50