INDIA NON JUDICIAL

Government of Uttar Pradesh

e-Stamp

SANTOSH KUMAR MISHRA
STAMP VENDER
LICENCE NUMBER-6/1986
E-STAMP ACC ID-UP14148104
TEHSIL BHOGAON DIST MAINPURI
MO. No.-9720620106

Certificate No.	:	IN-UP66781384096569V
Certificate Issued Date	:	14-Aug-2023 11:04 AM
Account Reference	:	NEWIMPACC (SV)/ up14148104/ BHOGAON/ UP-MNP
Unique Doc. Reference	:	SUBIN-UPUP1414810469053225248220V
Purchased by	:	KAYAM SINGH PHARMACY COLLEGE AURANDH MAINPUR
Description of Document	:	Article 4 Affidavit
Property Description	:	Not Applicable
Consideration Price (Rs.)	:	
First Party	:	KAYAM SINGH PHARMACY COLLEGE AURANDH MAINPUR
Second Party	:	Not Applicable
Stamp Duty Paid By	:	KAYAM SINGH PHARMACY COLLEGE AURANDH MAINPUR
Stamp Duty Amount(Rs.)	:	100 (One Hundred only)

NOTARY
NOTARIAL
Distt. Mainpuri
Reg. 1993
GOVT. OF INDIA

शपथ पत्र

IN-UP86781384096569V

प्रारूप अ

हम शिव दर्शन सिंह एवं हरिदर्शन सिंह क्रमश अध्यक्ष एवं सचिव रामबेटी चैरिटेबल ट्रस्ट शिव नगर गली नम्बर २ जिला अस्पताल के पीछे मैनपुरी शपथ पूर्वक बयान करते हैं -

1- यह कि हमारा ट्रस्ट रामबेटी चैरिटेबल ट्रस्ट शिव नगर गली नम्बर 02 जिला अस्पताल के पीछे मैनपुरी द्वारा कायम सिंह फार्मेसी कॉलेज औरन्ध मैनपुरी नामक डिप्लोमा इन फार्मेसी संस्थान की स्थापना सत्र 2023-2024 से किया जाना प्रस्तावित है ।

2- यह कि हमारे ट्रस्ट के नाम औरन्ध मैनपुरी में गाटा 3285,3303ख,3300,3299 संख्या एवं 0.8420 हेक्टेयर रकबा कुल भूमि है ।

3- यह कि उपरोक्त भूमि पर किसी प्रकार का कोई भी वाद किसी भी न्यायालय में नहीं चल रहा है और भूमि विवाद रहित है ।

4- यह कि उपरोक्त पते पर ट्रस्ट के आम भूमि के गाटा संख्या 3285, 3303ख, 3300, 3299 संख्या एवं 0.8420 हेक्टेयर कुल रकबा पर उपरोक्त नाम की डिप्लोमा इन फार्मेसी संस्थान की स्थापना किये जाने का प्रस्ताव ट्रस्ट की बैठक दिनांक 22/06/2022 द्वारा पारित किया गया है ।

5- यह कि उपरोक्त भूमि पर ही प्रश्नगत डिप्लोमा इन फार्मेसी संस्थान के संचालन हेतु भवनों का निर्माण अनुमोदित नक्शे के अनुसार किया गया है ।

6- यह कि निरीक्षण समिति के समक्ष उपरोक्त पते पर ट्रस्ट के भूमि एवं उस पर निर्मित एवं निर्धारित भवनों को ही निरीक्षण समिति के समक्ष निरीक्षण हेतु प्रस्तुत किया गया है ।

7- यह कि इस भूमि एवं इस पर निर्मित भवनों पर फार्मेसी काउंसिल ऑफ इण्डिया नई दिल्ली के नियमो के अन्तर्गत ही डिप्लोमा फार्मेसी संस्थान का ही संचालन किया जायेगा ।

8. यह कि, इस संस्था में फार्मेसी काउन्सिल ऑफ इण्डिया, नई दिल्ली द्वारा अनुमोदित एवं प्राविधिक शिक्षा परिषद से सम्बद्ध पाठ्यक्रम एवं प्रवेश क्षमता के अनुसार ही पाठ्यक्रम में प्रशिक्षण प्रदान किया जायेगा।

9. यह कि, उपरोक्त भूमि व इस पर निर्मित भवनों में फार्मेसी काउन्सिल ऑफ इण्डिया, नई दिल्ली से अनुमोदित एवं प्राविधिक शिक्षा परिषद, उ०प्र० लखनऊ से सम्बद्ध संस्था एवं पाठ्यक्रमों के अतिरिक्त किसी अन्य परिषद/विश्वविद्यालय द्वारा अनुमोदित/सम्बद्ध कोई अन्य संस्थान/विद्यालय/महाविद्यालय/आई०टी०आई० आदि का संचालन न तो पूर्व में कभी किया गया है, और न ही भविष्य में कभी किया जायेगा।

10. यह कि, संस्थान के संचालन हेतु आवश्यक क्लास रूम, प्रयोगशालाओं एवं कार्यशालाओं आदि को फार्मेसी काउन्सिल ऑफ इण्डिया, नई दिल्ली एवं प्राविधिक शिक्षा परिषद के मानकों के अनुसार ही सुसज्जित किया जायेगा।

11. यह कि, संस्था के संचालन हेतु आवश्यक शैक्षिक एवं अशैक्षिक स्टाफ की तैनाती सोसाइटी/ट्रस्ट द्वारा सत्र प्रारंभ के पूर्व कर लिया जायेगा।

12. यह कि, शासन/परिषद द्वारा निर्गत निर्देशों/आदेशों का भलीभांति पालन करूँगा। यदि मेरे संस्थान में किसी भी समय स्थलीय निरीक्षण में मानकानुसार कोई भी कमी पायी जाती है तो परिषद की निरीक्षण एवं सम्बद्धता समिति द्वारा लिया गया निर्णय अंतिम होगा एवं मुझे मान्य होगा। इस हेतु मेरे द्वारा कोई विधिक कार्यवाही नहीं की जायेगी।

13. मैं घोषणा करता/करती हूं कि मेरे द्वारा दी गयी उपरोक्त सूचना मेरी निजी जानकारी में पूर्ण रूप से सत्य है। यदि दी गयी जानकारी एवं अभिलेख/दस्तावेज फर्जी, कूटरचित अथवा त्रुटिपूर्ण पाये जाते हैं तो मेरे विरूद्ध परिषद द्वारा नियमानुसार कानून संगत कार्यवाही की जा सकेगी। ऐसी की गयी विधिक कार्यवाही हेतु मैं स्वयं उत्तरदायी होऊँगा।

ह0 सचिव

ह0 अध्यक्ष

NOTARY V.K. Mishra Distt. Mainpuri GOVT. OF INDIA

Certified that Shri/Smt. ... The deponent/s who has/have understood the content of his affidavit ... properly identified ... Vijay Kumar Mishra Distt. Notary Mainpuri Date 30/08/23

श्री .... को व्यक्तिगत रूप से जानता हूँ। इन्होंने मेरे सामने अपने हस्ताक्षर/नि०अं० किया है। अधिवक्ता