



Department of Health/ਸਿਹਤ ਵਿਭਾਗ
Issuance of Drug License to Manufacturers of Ayurvedic medicines

Official Use Only ਕੇਵਲ ਦਫਤਰੀ ਵਰਤੋਂ ਲਈ

ਆਰ ਟੀ ਐਸ ਸਰਵਿਸ ਕੋਡ /RTS Service:40

Application Number / ਅਰਜ਼ੀ ਨੰਬਰ :	Date of Application / ਅਰਜ਼ੀ ਦੀ ਮਿਤੀ
Name of Block & Tehsil /ਬਲਾਕ /ਤਹਿਸੀਲ ਦਾ ਨਾਂ	

Fields marked with asterisk (*) are mandatory/ ਜਿਹੜੇ ਫੀਲਡ ਤੇ ਤਾਰਾ ਚਿੰਨ੍ਹ (*) ਲਾਗਿਆ ਹੈ, ਉਹ ਭਰਨੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹਨ

Part – 1 Personal Details / ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਵੇਰਵਾ

Details of Person Filling the Application Form / ਅਰਜ਼ੀ ਫਾਰਮ ਭਰਨ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਵੇਰਵਾ		Self Attested Photo of Beneficiary ਲਾਭਪਾਤਰ ਦੀ ਸਵੈ-ਤਸਦੀਕਸ਼ੁਦਾ ਫੋਟੋ
1. Name / ਬਿਨੈਕਾਰ ਦਾ ਨਾਂ		
2. Address / ਬਿਨੈਕਾਰ ਦਾ ਪਤਾ		
3. Relation with Beneficiary / ਬਿਨੈਕਾਰ ਦਾ ਲਾਭਪਾਤਰ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ		
Personal Data of Beneficiary / ਲਾਭਪਾਤਰ ਦਾ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਡਾਟਾ		
4. Name / ਨਾਂ *		
5. Gender / ਲਿੰਗ *	Male / ਪੁਰਸ਼	Female / ਔਰਤ
6. Date of birth / ਜਨਮ ਮਿਤੀ		7. Age (if Date of birth not known)/ ਉਮਰ (ਜੇਕਰ ਜਨਮ ਮਿਤੀ ਨਹੀਂ ਪਤਾ)
8. Place of Birth / ਜਨਮ ਅਸਥਾਨ		
9. Father's Name / ਪਿਤਾ ਦਾ ਨਾਂ *		
10. Mother's Name / ਮਾਤਾ ਦਾ ਨਾਂ		
11. Address / ਪਤਾ *		
PIN Code / ਪਿੰਨ ਕੋਡ	District / ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ *	
12. Marital Status / ਵਿਆਹ ਸਥਿਤੀ		13. Spouse Name / ਪਤੀ / ਪਤਨੀ ਦਾ ਨਾਂ
14. Email ID / ਈਮੇਲ ਆਈ ਡੀ		15. Contact Phone Number /ਸੰਪਰਕ ਲਈ ਫੋਨ ਨੰਬਰ *
16. Voter ID Card Number / ਵੋਟਰ ਆਈ ਡੀ ਕਾਰਡ ਨੰਬਰ		
17. Aadhaar Number (UID) / ਆਧਾਰ ਨੰਬਰ (ਯੂ ਆਈ ਡੀ)		Aadhaar Enrollment Number (if Aadhaar not issued)/ ਆਧਾਰ ਇਨਰੋਲਮੈਂਟ ਨੰਬਰ (ਜੇਕਰ ਆਧਾਰ ਨੰਬਰ ਜਾਰੀ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ)

Part – 2 Service Details / ਸੇਵਾ ਦਾ ਵੇਰਵਾ

Application Details / ਅਰਜ਼ੀ ਦਾ ਵੇਰਵਾ	
18. Mode of Delivery of Service/ ਸੇਵਾ ਦੀ ਅਦਾਇਗੀ ਦਾ ਤਰੀਕਾ *	<input type="checkbox"/> Sewa Kendra / ਸੇਵਾ ਕੇਂਦਰ <input type="checkbox"/> By Post/ ਡਾਕ ਦੁਆਰਾ
19. Application processing Office / ਅਰਜ਼ੀ ਕਾਰਵਾਈ ਦਫਤਰ	
Service Details / ਸੇਵਾ ਦਾ ਵੇਰਵਾ	
20. Name of beneficiary, if not applicant.(Adhaar No. of beneficiary, Attach Copy/ ਲਾਭਪਾਤਰ ਦਾ ਨਾਂ ਜੇਕਰ ਬਿਨੈਕਾਰ ਨਹੀਂ ਲਾਭਪਾਤਰ ਦਾ ਆਧਾਰ ਨੰ: ਨਾਲ ਲਗਾਇਆ ਜਾਵੇ	



21. Relationship with applicant/ ਬਿਨੈਕਾਰ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ
22. I/We of hereby apply for the grant renewal for a licence to manufacture Ayurvedic (including Siddha) or Unani drugs on the premises situated at ਮੈਂ/ਅਸੀਂ..... ਵਾਸੀ..... ਇਸ ਬਿਨੈਪੱਤਰ ਦੁਆਰਾ ਆਯੂਰਵੈਦਿਕ ਉਤਪਾਦਨ (ਸਿੱਧ ਸਮੇਤ) ਜਾਂ ਵਿਖੇ ਸਥਿਤ ਸਥਾਨ ਤੇ ਯੂਨਾਨੀ ਦਵਾਈਆਂ ਦੇ ਉਤਪਾਦਨ ਲਈ ਨਵੀਨੀ ਲਾਇਸੈਂਸ ਦੇ ਨਵੀਨੀਕਰਨ ਦੀ ਪ੍ਰਵਾਨਗੀ ਵਾਸਤੇ ਅਪਲਾਈ ਕੀਤਾ ਹੈ।
23. Names of drugs to be manufactured (with details)/ ਉਤਪਾਦਨ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਣ ਵਾਲੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਦੇ ਨਾਂ (ਵੇਰਵਿਆਂ ਸਮੇਤ)
24. Names, qualifications and experience of technical staff employed for manufacture and testing of Ayurvedic (including Siddha) or Unani drugs / ਆਯੂਰਵੈਦਿਕ (ਸਿੱਧ ਸਮੇਤ) ਜਾਂ ਯੂਨਾਨੀ ਦਵਾਈਆਂ ਦੇ ਉਤਪਾਦਨ ਲਈ ਨਿਯੁਕਤ ਤਕਨੀਕੀ ਮਾਮਲੇ ਦੇ ਨਾਂ ਯੋਗਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਤਜਰਬਾ।
A fee of rupees has been credited to the government under the head of account and the relevant Treasury Challan in enclosed herewith. ਦੇ ਲੇਖਾ ਮੱਦ ਅਧੀਨਰੁਪਏ ਦੀ ਰਕਮ ਸਰਕਾਰ ਦੇ ਖਾਤਰੇ ਵਿਚ ਭਰ ਦਿੱਤੀ ਹੈ ਅਤੇ ਸਬੰਧਿਤ ਖਜ਼ਾਨਾ ਚਲਾਨ ਇਸ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਕੀਤਾ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ।

Part -3 List of Required Documents / ਜ਼ਰੂਰੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ . Please tick (✓) the document attached / ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਨੱਥੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਟਿੱਕ (✓) ਕਰੋ

GRANT	
1	Challan – Rs. 1000/- ਚਲਾਨ 1000/-
2	Head : 0210 – Medical and Public Health – 03 – Medical Education Training and Research (101) Ayurveda 85 – Miscellaneous receipts ਹੈੱਡ:- 0210-ਮੈਡੀਕਲ ਅਤੇ ਪਬਲਿਕ ਹੈਲਥ-03-ਮੈਡੀਕਲ ਐਜੂਕੇਸ਼ਨ ਟ੍ਰੇਨਿੰਗ ਅਤੇ ਰੀਸਰਚ (101) ਆਯੂਰਵੇਦ 85-ਫੁਟਕਲ ਪ੍ਰਾਪਤੀਆਂ
3	List of medicines / ਦਵਾਈਆਂ ਦੀ ਸੂਚੀ
4	List of equipment/ ਸਮਾਨ ਦੀ ਸੂਚੀ
5	List of Machinery/ ਮਸ਼ੀਨਰੀ ਦੀ ਸੂਚੀ
6	Non conviction affidavit from Proprietor/ ਪ੍ਰੋਪਰਾਈਟਰ ਵਲੋਂ ਗੈਰ ਅਪਰਾਧਿਕ ਹਲਫੀਆ ਬਿਆਨ
7	i) Affidavit from Technical person. ii) Attested copy of Registration Certificate. iii) Attested copy of degree (1) ਤਕਨੀਕੀ ਵਿਅਕਤੀ ਦੁਆਰਾ ਹਲਫੀਆ ਬਿਆਨ (2) ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਦੀ ਤਸਦੀਕਸ਼ੁਦਾ ਕਾਪੀ (3) ਡਿਗਰੀ ਦੀ ਤਸਦੀਕਸ਼ੁਦਾ ਕਾਪੀ
8	Map of Building (Indicating Sections) / ਇਮਾਰਤ ਦਾ ਨਕਸ਼ਾ (ਭਾਗਾਂ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਂਦੇ ਹੋਵੇ)
9	Inspection Report on check-list/ ਚੈਕਲਿਸਟ ਦੀ ਜਾਂਚ ਰਿਪੋਰਟ
10	Rent deed, if applicable/ ਕਿਰਾਇਆ ਵਿਲੇਖ ਜੇਕਰ ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਯੋਗ ਹੋਵੇ।
11	Partnership deed, if applicable/ ਭਾਈਵਾਲੀ ਵਿਲੇਖ ਜੇਕਰ ਲਾਗੂ ਯੋਗ ਹੋਵੇ
RENEWAL OF LICENCE/ ਲਾਇਸੈਂਸ ਦੀ ਨਵੀਨੀਕਰਨ	



1	Challan – Rs. 1200/ ਚਲਾਨ 1200/-	
2	Head : 0210 – Medical and Public Health – 03 – Medical Education Training and Research (101) Ayurveda 85 – Miscellaneous receipts . ਹੈੱਡ:- 0210-ਮੈਡੀਕਲ ਅਤੇ ਪਬਲਿਕ ਹੈਲਥ-03-ਮੈਡੀਕਲ ਐਜੂਕੇਸ਼ਨ ਟ੍ਰੇਨਿੰਗ ਅਤੇ ਰੀਸਰਚ (101) ਆਯੂਰਵੇਦ 85-ਫੁਟਕਲ ਪ੍ਰਾਪਤੀਆਂ	
3	List of approved medicines/ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਦਵਾਈਆਂ ਦੀ ਸੂਚੀ	
4	Original valid licence copy. / ਅਸਲੀ ਵੈਧ ਲਾਇਸੈਂਸ ਦੀ ਕਾਪੀ	
5	Non conviction – No change, affidavit from Proprietor. / ਨਾਨ ਕਨਵਿਕਸ਼ਨ-ਪ੍ਰੋਪਰਾਈਟਰ ਵਲੋਂ ਨਾ ਤਬਦੀਲੀ	
6	Technical person affidavit – Registration certificate / ਤਕਨੀਕੀ ਵਿਅਕਤੀ ਵਲੋਂ ਹਲਫੀਆ ਬਿਆਲ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ	
7	Inspection Report of checklist / ਚੈਕਲਿਸਟ ਦੀ ਜਾਂਚ ਰਿਪੋਰਟ	

ਮੈਂ ਸੱਚੇ ਦਿਲੋਂ ਬਿਆਨ ਕਰਦਾ / ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਉੱਕਤ ਵੇਰਵੇ ਸਹੀ ਹਨ ਅਤੇ ਕੋਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਛੁਪਾਉਣ / ਗਲਤ ਬਿਆਨੀ ਲਈ ਮੈਂ ਨਿੱਜੀ ਤੌਰ ਤੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਹੋਵਾਂਗਾ / ਹੋਵਾਂਗੀ

ਬਿਨੈਕਾਰ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ / ਅੰਗੂਠਾ ਨਿਸ਼ਾਨ



Feed Back Form/ ਫੀਡਬੈਕ ਫਾਰਮ

<p>1. Is there any unnecessary information being asked in the Form?/ ਕੀ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਵੀ ਬੇਲੋੜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੰਗੀ ਗਈ ਹੈ ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes / ਹਾਂ <input type="checkbox"/> No / ਨਹੀਂ</p>
<p>If Yes, Please specify the detail/ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਵੇਰਵਾ ਦਿਉ</p>	
<p></p>	
<p>2. Is any vague information being asked in the form?/ ਕੀ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਕੀ ਕੋਈ ਵੀ ਅਸਪਸ਼ਟ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੰਗੀ ਗਈ ਹੈ ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes / ਹਾਂ <input type="checkbox"/> No / ਨਹੀਂ</p>
<p>If Yes, Please specify the details/ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਵੇਰਵਾ ਦਿਉ</p>	
<p></p>	
<p>3. Is the space provided in the form sufficient for filling up the required information?/ ਕੀ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਮੁਹੱਈਆ ਥਾਂ ਲੋੜੀਂਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਭਰਨ ਲਈ ਕਾਫ਼ੀ ਹੈ</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes / ਹਾਂ <input type="checkbox"/> No / ਨਹੀਂ</p>
<p>If No, Please specify the details/ ਜੇਕਰ ਨਾਂ, ਤਾਂ ਵੇਰਵਾ ਦਿਉ</p>	
<p></p>	
<p>4. Any other suggestion you may like to make, Please specify / ਕੋਈ ਹੋਰ ਸੁਝਾਅ ਦੇਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਵੇਰਵਾ ਦਿਉ</p>	
<p></p>	