

कार्यालय छत्तीसगढ़ स्टेट फार्मसी काउन्सिल, रायपुर

(फार्मसी अधिनियम - 1948 की धारा 19 के तहत गठित)

(छ.ग. शासन, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग के अधीन सांविधिक निकाय)

मकान नम्बर - 40, आनन्द नगर, रायपुर (छ.ग.) 492006

फोन:-0771-2444591, मो.नं.- 94255 05779, ईमेल:- cspcraipur@gmail.com वेबसाईट:- www.cspc.in

कमॉक/सी.जी./फार्मा/2025/ 186

रायपुर, दिनांक :- 09/07/2025

::- सूचना -::

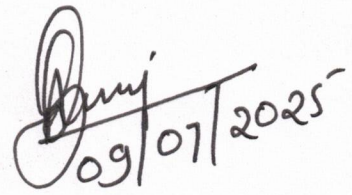
छत्तीसगढ़ स्टेट फार्मसी काउन्सिल की आमसभा दिनांक 08/05/2025 के निर्णयानुसार फार्मासिस्ट पंजीयन, नवीनीकरण सहित विभिन्न शुल्क में वृद्धि की गई थी, इसी क्रम में दिनांक 02/07/2025 को आयोजित काउन्सिल के विशेष सम्मिलन के निर्णयानुसार उक्त शुल्क वृद्धि को वापस लिया गया एवं जिन्होंने बढ़ा हुआ शुल्क जमा कर दिया है उन्हें अन्तर की राशि वापस करने का निर्णय लिया गया है।

छत्तीसगढ़ राज्य फार्मसी काउन्सिल में दिनांक 01/06/2025 से दिनांक 02/07/2025 तक फार्मासिस्ट पंजीयन/नवीनीकरण हेतु जिन फार्मासिस्टों ने शुल्क अदा किया है उन्हें उपरोक्तानुसार अन्तर की राशि वापस किया जाना है।

अतः ऐसे फार्मासिस्ट इस सूचना के साथ संलग्न प्रारूप (प्रोफार्मा) को भरकर एवं अपने बैंक पास बुक एवं आधार कार्ड की स्वयं सत्यापित छायाप्रति संलग्न कर इस कार्यालय में स्वयं उपस्थित होकर या डाक के माध्यम से या कार्यालय के ई-मेल आई.डी. cspcraipur@gmail.com पर मेल कर राशि वापसी की माँग करने पर अन्तर की राशि को उनके बैंक खाते में भेजा जा सकेगा।

सूचनार्थ।

संलग्न: प्रारूप प्रोफार्मा
(form)


09/07/2025

(अश्वनी गुर्देकर)

रजिस्ट्रार

छत्तीसगढ़ स्टेट फार्मसी काउन्सिल
रायपुर (छ.ग.)



कार्यालय छत्तीसगढ़ स्टेट फार्मसी काउन्सिल

(फार्मसी अधिनियम-1948 की धारा 19 के तहत गठित)
(छ.ग.शासन, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग के अधीन सांविधिक निकाय)
मकान नं. - 40, आनन्द नगर रायपुर (छ.ग.) 492006

फोन: - 0771-2444591, मो.नं.- 9425505779, ईमेल:- cspcraipur@gmail.com वेबसाईट:- www.cspc.in

प्रति,

रजिस्ट्रार
छत्तीसगढ़ स्टेट फार्मसी काउन्सिल
रायपुर (छ.ग.)

विषय:- दिनांक / / 2025 को पंजीयन/नवीनीकरण के लिए जमा किये गये फीस के अंतर
की राशि वापसी हेतु आवेदन।

महोदय,

अनुरोध है कि अतिरिक्त शुल्क की वापसी हेतु मांगी गई जानकारी निम्नानुसार है:-

1. आवेदक का नाम :-.....
2. फार्मासिस्ट
पंजीयन क्रमांक :-.....
3. फार्मासिस्ट के स्वयं
का बैंक खाता क्रमांक :-.....
4. बैंक का IFSC कोड :-.....
5. बैंक का नाम :-.....
6. शाखा का नाम :-.....
7. फार्मासिस्ट का मोबाईल नं. :-.....

स्थान:-
दिनांक:-

प्रार्थी फार्मासिस्ट के हस्ताक्षर

दस्तावेज संलग्न करें:-

1. बैंक पासबुक के प्रथम पेज की स्वप्रमाणित छायाप्रति।
2. आधार कार्ड की स्वप्रमाणित छायाप्रति।