



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 वेबसाइट:— www.cspc.in

क्र.पाँक/सी.जी./फार्मा/2025/312

रायपुर, दिनांक :- 09/12/2025

::-द्वितीय सूचना:-

सूचित किया जाता है कि दिनांक 01/06/2025 से दिनांक 02/07/2025 तक फार्मासिस्ट पंजीयन/नवीनीकरण हेतु जिन फार्मासिस्टों ने बढ़ा हुआ शुल्क अदा कर दिया था, उन्हें अन्तर की राशि वापस लेने हेतु पत्र क्रमांक/सी.जी./फार्मा/2025/186, दिनांक 09/07/2025 के माध्यम से शुल्क वापसी के लिए छत्तीसगढ़ स्टेट फार्मसी काउन्सिल में आवेदन करने की सूचना जारी की गई थी।

अतः ऐसे फार्मासिस्ट जिन्होंने शुल्क वापसी के लिए अभी तक छत्तीसगढ़ स्टेट फार्मसी काउन्सिल में आवेदन नहीं किया है, उन्हें पुनः सूचित किया जाता है कि वे इस सूचना के साथ संलग्न प्रारूप (प्रोफार्मा) को शीघ्र भरकर अपने स्वयं सत्यापित बैंक पासबुक एवं आधार कार्ड की छायाप्रति के साथ इस कार्यालय में स्वयं उपस्थित होकर या डाक के माध्यम से अथवा कार्यालय के ई-मेल आई. डी. cspcraipur@gmail.com पर मेल कर राशि वापसी की मांग कर सकते हैं, तत्पश्चात् अन्तर की राशि को संबंधित के बैंक खाते में भेजा जा सकेगा।

सूचनार्थ।

संलग्न: प्रारूप प्रोफार्मा (Form)

(अश्वनी गुर्देकर)

रजिस्ट्रार

छ.ग. 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 वेबसाइट:- 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 मोबाइल 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।