



## पतंजलि चिकित्सालय एवं पतंजलि आरोग्य केन्द्र हेतु आवेदन-पत्र

महोदय/महोदया,

परम् पूज्य स्वामी रामदेव जी महाराज एवं आचार्य श्री बालकृष्ण जी महाराज तथा पतंजलि योगपीठ (ट्रस्ट), हरिद्वार के तत्वाधान में पूरे भारत वर्ष में योग, आयुर्वेद एवं स्वदेशी के प्रचार-प्रसार के लिए पतंजलि चिकित्सालयों का विस्तार किया जा रहा है। इस कार्य के लिए प्रत्येक जिले एवं तहसील स्तर पर नये पतंजलि चिकित्सालय एवं पतंजलि आरोग्य केन्द्रों का स्थापित किया जाना सुनिश्चित हुआ है। इस सम्बन्ध में इच्छुक व्यक्ति/संस्था अपने आवेदन एक निश्चित प्रारूप में केन्द्रीय कार्यालय को प्रेषित करें।

### पतंजलि चिकित्सालय एवं पतंजलि आरोग्य केन्द्र के सम्बन्ध में मुख्य बिन्दु -

1. परम् पूज्य स्वामी रामदेव जी महाराज के स्वस्थ्य भारत की कामना को मूर्तरूप देने के लिए प्रत्येक जिले में पतंजलि चिकित्सालय खोले जायेंगे। पतंजलि चिकित्सालय एक सम्पूर्ण संस्थान है जिसमें पतंजलि योगपीठ का साहित्य दिव्य फार्मेसी एवं पतंजलि आयुर्वेद द्वारा निर्मित सम्पूर्ण औषधियाँ, खाद्य उत्पाद एवं प्रसाधन उत्पाद उपलब्ध होंगे साथ ही उसमें पंचकर्म एवं षट्कर्म की व्यवस्था यथायोग्य होगी ताकि चिकित्सालय में ट्रस्ट द्वारा अनुमोदित वैद्य अपनी सेवाएँ दे सकें तथा योग, आयुर्वेद एवं स्वदेशी के प्रचार-प्रसार का उचित माध्यम बन सकें।
2. समस्त भारत में तहसील एवं गाँवों तक भी महाराज श्री के स्वस्थ्य भारत का उद्घोष उच्चारित हो इसके लिए कम पूँजी विनियोग एवं सीमित साधनों के आधार पर पतंजलि आरोग्य केन्द्रों का खोला जाना भी सुनिश्चित हुआ है, एक पतंजलि आरोग्य केन्द्र में संस्था निर्मित कुछ पेटेन्ट औषधियाँ, खाद्य उत्पाद, प्रसाधन उत्पाद एवं सम्पूर्ण साहित्य उपलब्ध हो सकेगा।

-: पतंजलि चिकित्सालय/पतंजलि आरोग्य केन्द्र हेतु नियमावली :-

1. पतंजलि चिकित्सालय के आवेदन के लिए मुख्य दिशा-निर्देश :
  - पतंजलि चिकित्सालय केवल न्यूनतम 1 लाख जनसंख्या वाले क्षेत्रों में ही स्वीकृत किया जायेगा।
  - 2 लाख या इससे अधिक जनसंख्या वाले क्षेत्रों में 1 एक से अधिक पतंजलि चिकित्सालय स्वीकृत किये जा सकते हैं।
2. पतंजलि आरोग्य केन्द्र के आवेदन के लिए मुख्य जानकारियाँ :
  - पतंजलि आरोग्य केन्द्र उन्हीं तहसीलों या कस्बों में खोले जायेंगे जिनकी जनसंख्या एक लाख से कम होगी।
  - पतंजलि आरोग्य केन्द्रों में वैद्य की सुविधा उपलब्ध नहीं होगी।
  - यदि पतंजलि आरोग्य केन्द्र, उत्पादों की मांग पचास हजार या उससे अधिक करते हैं तो वह उत्पाद महावितरक से प्राप्त करने के लिए मान्य होंगे अन्यथा वह पतंजलि चिकित्सालयों से उत्पाद प्राप्त करेंगे।
3. पतंजलि चिकित्सालय अथवा पतंजलि आरोग्य केन्द्र के सम्बन्ध में आवेदन पत्र आश्रम द्वारा प्रदत्त एक निश्चित प्रारूप में ही स्वीकृत होगा।
4. आवेदन-पत्र पर भारत स्वाभिमान के जिला प्रभारी का अनुमोदन तथा अभ्युदय विभाग व महावितरक की संस्तुति के साथ केन्द्रीय कार्यालय-भारत स्वाभिमान (राजीव दीक्षित भवन) पतंजलि योगपीठ-द्वितीय चरण, हरिद्वार को भेजा जायेगा।
5. आवेदनकर्ता आवेदन करते समय संस्था द्वारा निर्धारित न्यूनतम दूरी का पालन अवश्य करेगा जिसके अनुसार किसी भी राज्य/नगर अथवा जिले में चिकित्सालय खोलते समय न्यूनतम दूरी 4.5 से 5 किलो मीटर (अन्य पतंजलि चिकित्सालय से) तथा 2.5 से 3 किलो मीटर (अन्य पतंजलि आरोग्य केन्द्र से) होना आवश्यक है।
6. आवेदन पत्र के साथ प्रार्थी को अपना (पेन कार्ड, पासपोर्ट फॉटो-4 कॉपी, पहचानपत्र, पत्राचार प्रमाणपत्र, बिक्री के पंजीकरण की प्रति, स्वामित्व-पत्र या किराया अनुबन्ध जहाँ पर पतंजलि चिकित्सालय खोलना है, बैंक खाते का विवरण, निर्धारित स्थान का फोटो/मानचित्र व अधिकृत प्रतिनिधित्व (यदि कोई है) संलग्न करना होगा।
7. वैद्य के लिए अलग से एक कक्ष जो काँच की खिड़की युक्त होना चाहिए और उसके पास चिकित्सालय से सम्बन्धित स्टेथोस्कोप, ब्लड प्रेशर मशीन, वजन मापक यन्त्र आदि का होना अनिवार्य है।
8. पतंजलि चिकित्सालय और पतंजलि आरोग्य केन्द्र के संचालन हेतु संचालक के पास (पतंजलि चिकित्सालय या पतंजलि आरोग्य केन्द्र के प्रस्तावित स्थान पर) बैठने, पार्किंग, प्रसाधन, पेयजल, डिस्पले बोर्ड इत्यादि की सुनिश्चित व्यवस्था होनी चाहिए।

9. पतंजलि चिकित्सालयों व पतंजलि आरोग्य केन्द्रों के संचालकों को स्थानीय पतंजलि योग समिति एवं भारत स्वाभिमान के कार्यों में अपना सहयोग देना अनिवार्य है।
10. पतंजलि चिकित्सालय व पतंजलि आरोग्य केन्द्र पंजीकरण के पश्चात् 1 माह के अन्दर उसे खोलना अनिवार्य होगा अन्यथा पंजीकरण स्वतः ही रद्द माना जायेगा।
11. पतंजलि चिकित्सालय व पतंजलि आरोग्य केन्द्र पर दिव्य फार्मेसी, पतंजलि आयुर्वेद एवं आश्रम द्वारा अनुमोदित वस्तुओं के अतिरिक्त कोई भी उत्पाद विक्रय करना पूर्णतया: प्रतिबन्धित है।
12. पतंजलि चिकित्सालय व पतंजलि आरोग्य केन्द्र खोलने के हेतु अनुबन्ध के लिए संचालक का स्वयं आना आवश्यक है।
13. आवेदक पर न्यायालय से सम्बन्धित किसी भी प्रकार का वाद-विवाद नहीं होना चाहिए।

### -: अनिवार्य अर्हताएँ :-

| क्र.सं. | विवरण                       | पतंजलि चिकित्सालय   | पतंजलि आरोग्य केन्द्र   |
|---------|-----------------------------|---|---|
| 1.      | स्थान                       | 750 से 1000 वर्ग फिट या अधिक  | 350 से 500 वर्ग फिट या अधिक   |
| 2.      | निवेश पूँजी                 | 8 से 12 लाख रुपये   | 6 से 7 लाख रुपये  |
| 3.      | जमानत राशि<br>(वापसी योग्य) | रु० 100000/- का डिमांड ड्राफ्ट<br>दिव्य फार्मेसी के नाम हरिद्वार पर देय।<br>रु० 100000/- का डिमांड ड्राफ्ट पतंजलि<br>आयुर्वेद लि० के नाम हरिद्वार पर देय। | रु० 21,000/- का डिमांड ड्राफ्ट<br>दिव्य फार्मेसी के नाम हरिद्वार पर देय।<br>रु० 21,000/- का डिमांड ड्राफ्ट पतंजलि<br>आयुर्वेद लि० के नाम हरिद्वार पर देय। |

**मुख्यालय पता :** केन्द्रीय कार्यालय-भारत स्वाभिमान (न्यास) पतंजलि योगपीठ-द्वितीय चरण (राजीव दीक्षित भवन)  
निकट बहादुराबाद, हरिद्वार-249405 उत्तराखण्ड (भारत),

**दूरभाष :** 01334-240008, 273000, 248888, 244107, 246737 **फैक्स :** 01334-244805

**Website :** [www.patanjaliayurved.org](http://www.patanjaliayurved.org), [www.divyayoga.com](http://www.divyayoga.com), [www.bharatswabhimanttrust.org](http://www.bharatswabhimanttrust.org)

**E-mail :** [patanjalicenters@gmail.com](mailto:patanjalicenters@gmail.com)

**नोट :** आवेदन-पत्र संलग्न दस्तावेज सहित डाक द्वारा दिये गये मुख्यालय के पते पर अथवा दिये गये ई-मेल आई.डी. पर भेजे तथा आवश्यक कार्यवाही पूरी होने पर आपको अनुबन्ध के लिए मुख्यालय द्वारा सूचित किया जायेगा।

## -: आवेदन सम्बन्धित मुख्य जानकारियाँ :-

1. पतंजलि चिकित्सालय या आरोग्य केन्द्र हेतु प्रस्तावित स्थान- कस्बा/तहसील मुख्यालय/जिला मुख्यालय .....  
.....  
क्या आवेदक प्रस्तावित स्थान के स्थाई निवासी हैं, यदि हाँ तो स्थाई पता.....  
.....
2. क्या आवेदक कोई अन्य व्यवसाय करता है यदि हाँ तो विवरण .....
3. प्रस्तावित स्थान से निकटतम चिकित्सालय व आरोग्य केन्द्रों का विवरण दें :

| क्र.सं. | संचालक का नाम व सम्पर्क-सूत्र | स्थान | दूरी | चिकित्सालय/आरोग्य केन्द्र |
|---------|-------------------------------|-------|------|---------------------------|
|         |                               |       |      |                           |
|         |                               |       |      |                           |
|         |                               |       |      |                           |

4. प्रस्तावित स्थान का क्षेत्रफल :.....
5. अनुमानित निवेश राशि :.....
6. यदि किसी राजनैतिक/सामाजिक/धार्मिक संस्था से जुड़े हुए हैं तो विवरण .....
7. **यदि आप योग शिक्षक हैं या भारत स्वाभिमान के सदस्य हैं तो निम्न जानकारियाँ दें :**
  - यदि योग शिक्षक हैं/भारत स्वाभिमान के सदस्य हैं, तो आई.डी. नं०: ..... तिथि : .....
  - यदि स्थानीय जिला समिति में कोई दायित्व है तो लिखें .....
  - स्थाई योग कक्षा का स्थान .....
  - अब तक कितनी स्थाई योग कक्षाएँ स्थापित की हैं .....
  - 3 दिवसीय या उससे अधिक कितने योग शिविर लगाए हैं .....
  - कितने विशिष्ट/सह-शिक्षक बनाए हैं .....
  - कितने उप-शिक्षक/साधारण सदस्य बनाये हैं .....
  - आश्रम के सहयोग के लिए कितना दान-संग्रह किया गया .....
  - समिति की मासिक बैठकों में आपकी उपस्थिति .....
  - अन्य विशेष कार्य .....
8. भविष्य में संस्था के उद्देश्यों के प्रचार हेतु आप क्या सहयोग प्रदान करेंगे .....
9. आवेदक के स्वयं या परिवार/ रिश्तेदारों के नाम और कितने केन्द्र हैं (चिकित्सालय ..... अरोग्य केन्द्र .....

### भारत स्वाभिमान जिला इकाई, अभ्युदय विभाग व महावितरक द्वारा टिप्पणी व हस्ताक्षर

भारत स्वाभिमान जिला प्रभारी का नाम : ..... सम्पर्क-सूत्र :.....  
टिप्पणी .....हस्ताक्षर .....

अभ्युदय विभाग : टिप्पणी .....  
हस्ताक्षर .....

महावितरक : टिप्पणी .....  
हस्ताक्षर .....

केन्द्रीय कार्यालय-स्वदेशी विभाग : टिप्पणी .....  
हस्ताक्षर .....

नोट : उपरोक्त जानकारियों हेतु आवश्यक विवरण संलग्न कर सकते हैं।

सेवा में,

प्रबन्धक महोदय,  
पतंजलि आयुर्वेद,  
ग्राम पदार्था, हरिद्वार-लक्सर रोड,  
हरिद्वार, उत्तराखण्ड-249404

दूरभाष : 01334-240008, 273000, 248888, 244107, 246737 फ़ैक्स : 01334-244805

ई-मेल : patanjalicenters@gmail.com

विषय: निम्न पते पर पतंजलि चिकित्सालय/आरोग्य केन्द्र हेतु आवेदन-पत्र

मकान नं०/दुकान नं०/मोहल्ला .....

तहसील/शहर/कस्बा .....जिला .....राज्य .....

मान्यवर,

मैं ..... सुपुत्र/सुपुत्री/पत्नी श्री .....

निवास स्थान .....का स्थायी निवासी हूँ। उपरोक्त पते पर पतंजलि चिकित्सालय/आरोग्य केन्द्र हेतु आवेदन कर रहा/रही हूँ, उपरोक्त पते से निकटतम पतंजलि चिकित्सालय/आरोग्य के दूरी ..... किलो मीटर है।

मैं पतंजलि चिकित्सालय/आरोग्य केन्द्र सम्बन्धी पतंजलि आयुर्वेद व दिव्य फार्मैसी के सभी नियमों का पालन करूँगा/करूँगी व पतंजलि योगपीठ, भारत स्वाभिमान एवं दिव्य योग मंदिर (ट्रस्ट) के समाज सेवा के कार्यों में अपना योगदान देता रहूँगा/रहूँगी।

धन्यवाद।

भवदीय,

हस्ताक्षर .....

नाम : .....

पिता का नाम : .....

पता : .....

.....

.....

मो०. : .....

दिनांक : .....

सेवा में,

प्रबन्धक महोदय,

दिव्य योग मंदिर (ट्रस्ट),

महर्षि दयानन्द ग्राम, दिल्ली-हरिद्वार राष्ट्रीय राजमार्ग,

निकट बहादुराबाद, हरिद्वार (उत्तराखण्ड)-249405

दूरभाष : 01334-240008, 273000, 248888, 244107, 246737 फ़ैक्स : 01334-244805

ई-मेल : patanjalicenters@gmail.com

विषय: निम्न पते पर पतंजलि चिकित्सालय/आरोग्य केन्द्र हेतु आवेदन-पत्र

मकान नं०/दुकान नं०/मोहल्ला .....

तहसील/शहर/कस्बा .....जिला .....राज्य .....

मान्यवर,

मैं ..... सुपुत्र/सुपुत्री/पत्नी श्री .....

निवास स्थान .....का स्थायी निवासी हूँ। उपरोक्त पते पर पतंजलि चिकित्सालय/आरोग्य केन्द्र हेतु आवेदन कर रहा/रही हूँ, उपरोक्त पते से निकटतम पतंजलि चिकित्सालय/आरोग्य के दूरी ..... किलो मीटर है।

मैं पतंजलि चिकित्सालय/आरोग्य केन्द्र सम्बन्धी पतंजलि आयुर्वेद व दिव्य फार्मैसी के सभी नियमों का पालन करूँगा/करूँगी व पतंजलि योगपीठ, भारत स्वाभिमान एवं दिव्य योग मंदिर (ट्रस्ट) के समाज सेवा के कार्यों में अपना योगदान देता रहूँगा/रहूँगी।

धन्यवाद।

भवदीय,

हस्ताक्षर .....

नाम : .....

पिता का नाम : .....

पता : .....

.....

.....

मो०. : .....

दिनांक : .....

## संकल्प-पत्र

मैं .....पुत्र/पुत्री/पत्नी ..... निवास स्थान .....  
संकल्प करता/करती हूँ कि मैं अपने पतंजलि चिकित्सालय व आरोग्य केन्द्र के माध्यम से परम पूज्य स्वामी रामदेव जी महाराज के योग आयुर्वेद व भारत स्वाभिमान के मिशन को गाँव-गाँव तक पहुँचाने के लिए प्रचार-प्रसार हेतु प्रतिमाह सहयोग करूँगा/करूँगी व अपने पतंजलि चिकित्सालय व आरोग्य केन्द्र का संचालन संस्था द्वारा तय किए गये नियमों के अनुसार करूँगा/करूँगी।

**मैं प्रतिमाह न्यूनतम संस्थागत प्रचार-प्रसार के निम्नलिखित कार्यों का सहयोग अवश्य करूँगा/करूँगी:**

- प्रत्येक माह न्यूनतम ..... (शिविर संख्या) 3 से 5 दिवसीय योग शिविर लगाऊँगा/लगाऊँगी।
- प्रत्येक माह भारत स्वाभिमान (न्यास) के ..... विशिष्ट ..... कार्यकर्ता ..... साधारण सदस्य बनाऊँगा/बनाऊँगी।
- प्रत्येक माह न्यूनतम ..... नियमित योग कक्षाएँ स्थापित करूँगा/करूँगी।
- मैं प्रत्येक माह अपने पतंजलि चिकित्सालय/आरोग्य केन्द्र के माध्यम से संस्थागत व भारत स्वाभिमान के विस्तार के लिए ..... प्रचार सामग्री वितरित करूँगा/करूँगी।

यदि भविष्य में मेरे द्वारा संस्था के किसी भी नियम की अवहेलना की जाती है तो, संस्था बिना किसी पूर्व सूचना के मेरे खिलाफ कोई भी दण्डात्मक कार्यवाही करने के लिए स्वतन्त्र है।

भवदीय,

हस्ताक्षर .....

नाम : .....

पिता का नाम : .....

पता : .....

.....

.....

.....

मो०. : .....

दिनांक : .....