

नन्दीशाला योजना अंतर्गत अनुदान पर प्रजनन योग्य गाय सांड प्रदाय हेतु
आवेदन पत्र (पशुपालक के लिये)

1. आवेदक का नाम
वर्ग (सामा./अ.जा./अ.ज.जा.)
2. पिता का नाम
3. आवेदक पशुपालक/प्रशिक्षित गौसेवक
4. आवेदक का पूर्ण पता
5. विकासखंड
6. विधानसभा क्षेत्र
7. शैक्षणिक योग्यता
8. पशुपालन का अनुभव
9. आवेदक के परिवार में भैंसवंशीय वयस्क मादा पशु
10. क्षेत्र में भैंसवंशीय पशु संख्या
ग्राम पंचायत भैंसवंशीय पशु
11. क्षेत्र में भैंसवंशीय वयस्क मादा पशु संख्या
ग्राम पंचायत भैंसवंशीय पशु
12. आवेदक के परिवार में चारा उत्पादन हेतु कृषि भूमि
प्रतिवर्ष औसत चारा उत्पादन
13. आवेदक के ग्राम से निकटस्थ पशु चिकित्सा/कृत्रिम गर्भाधान संस्था
का नाम व दूरी (कि.मी.)
14. ग्राम में उपलब्ध प्रशिक्षित गौसेवक/कृत्रिम गर्भाधान कार्यकर्ता का विवरण
15. योजना अनुसार हितग्राही अंशदान राशि रु (2800/-)
(सभी वर्गों के लिए)

आवेदक का
प्रमाणित फोटो

(आवेदक के हस्ताक्षर)

अनुमोदन
प०चि०स०श० / प०चि०वि०अधि०

सरपंच
ग्राम पंचायत

जनपद पंचायत

समुन्नत पशु प्रजनन योजना अंतर्गत अनुदान पर प्रदाय साँड के संबंध में

अनुबंध पत्र

मैं श्री/श्रीमति/कुमारी
पिता/पति निवासी
जो कि प्रगतिशील पशुपालक/गौशाला अध्यक्ष/दुग्ध सहकारी समिति सदस्य हैं आज दिनांक
को पशु चिकित्सा विभाग संयुक्त संचालक/उपसंचालक पशु चिकित्सा सेवार्यें जिला के साथ
अनुबंध करता/करती हूँ कि :-

- 1- योजनांतर्गत प्रदाय साँड का मैंसर्वशीय मादा पशुओं के प्रजनन हेतु उपयोग करूँगा/करूँगी
- 2- साँड के प्रजनन अभिलेख का संधारण पंजी में करूँगा/करूँगी व समय समय पर विभागीय अधिकारियों/कर्मचारी को पंजी का निरीक्षण कराऊँगा/कराऊँगी।
- 3- योजना में किये गये प्रावधानानुसार साँड के मूल्य की राशि का 20% गाय साँड/पाड़ा, प्रदाय पूर्व जमा करूँगा/करूँगी।
- 4- प्रदायित साँड को सभी आवश्यक यथा समय टीकाकरण कराऊँगा/कराऊँगी।
- 5- प्रदायित साँड का यथा समय रोगोपचार, चिकित्सा रोग निदान हेतु आवश्यक रोग जाँच कराऊँगा/कराऊँगी।
- 6- साँड की सेवाओं की यथा योग्य शुल्क ही पशुपालक से प्राप्त करूँगा/करूँगी।
- 7- साँड के स्वास्थ्य सुरक्षा का पूर्ण ध्यान रखूँगा/रखूँगी।
- 8- तकनीकी कारणों से विभागीय अधिकारियों द्वारा निर्देशित प्रजनन नीति का यथा संभव पालन करूँगा/करूँगी।
- 9- इनब्रीडिंग की रोकथाम हेतु विभाग द्वारा किये गये समस्त निर्देश बंधन कारी होंगे।
- 10- विभाग द्वारा समय समय पर दिये गये निर्देशों का पालन करूँगा/करूँगी।

हस्ताक्षर

(प०चि०स०श०/प०चि०वि०अ०)

नाम

पद

हस्ताक्षर आवेदक

आवेदक का नाम

पता

तिथि

गवाह क्रमांक - 1

गवाह क्रमांक - 2

गवाह के हस्ताक्षर

गवाह का नाम

गवाह का पता

गवाह के हस्ताक्षर

गवाह का नाम

गवाह का पता

प्रभारी जिला अधिकारी
पशु चिकित्सा सेवार्यें
जिला सागर