



कार्यालय मुख्यकार्यपालन अधिकारी एवं अधिष्ठाता

शासकीय स्वशासी चिकित्सा महाविद्यालय रतलाम

सैलाना रोड़, ग्राम बंजली, रतलाम (म.प्र.)

ईमेल :- deanratlam@gmail.com

कार्यालय दूरभाष नंबर :- 07412-284226

वेबसाइट :- www.gmcratlam.org

"DONATE ORGAN - SAVE LIFE"

अंगदान करें - जीवन बचाएँ

क्रमांक: 1956 / जी.एम.सी / 2022

रतलाम, दिनांक: 12/02/2022.

// कार्यालयीन आदेश //

शासकीय चिकित्सा महाविद्यालय, रतलाम के शैक्षणिक सत्र 2021-22 के एम0बी0बी0एस0 स्नातक पाठ्यक्रम में प्रवेशित समस्त अभ्यर्थियों को यह सूचित किया जाता है कि उनकी नियमित कक्षाएं दिनांक 14 फरवरी 2022 से प्रारंभ हो रही हैं। उक्त संबंध में अभ्यर्थी को होस्टल आवंटन के लिए निम्नलिखित प्रक्रिया पूर्ण किया जाना सुनिश्चित करें।

1. होस्टल Allotment form एवं आवेदन पत्र
2. होस्टल फीस की रसीद (रु.12000/-)
3. वचन पत्र (50/के नोटरीज्ड स्टाम्प)

मुख्य कार्यपालन अधिकारी एवं अधिष्ठाता
शासकीय चिकित्सा महाविद्यालय, रतलाम(म.प्र.)

क्रमांक: 1957-1960 / जी.एम.सी / 2022

रतलाम, दिनांक: 12/02/2022.

प्रतिलिपी:-

1. छात्र शाखा, प्रभारी अधिकारी की ओर सूचनार्थ प्रेषित।
2. चीफ वॉडन, शा. चि. महा. रतलाम की ओर सूचनार्थ प्रेषित।
3. वॉडन गर्ल्स होस्टल एवं बॉयस होस्टल की ओर सूचनार्थ प्रेषित।
4. नोटिस बोर्ड:- कॉलेज, गर्ल्स होस्टल, बॉयज होस्टल।

मुख्य कार्यपालन अधिकारी एवं अधिष्ठाता
शासकीय चिकित्सा महाविद्यालय, रतलाम(म.प्र.)

"BE A PART OF THE MOVEMENT TO PROMOTE ORGAN DONATION"

अंगदान के महायज्ञ में अपनी सहभागिता दें।

// वचन पत्र //

(स्नातक पाठ्यक्रम में प्रवेश के समय होस्टल हेतु रु. 50/के नोटराईज्ड स्टाम्प पेपर पर निष्पादित)

मैं.....पुत्र/पुत्री श्री.....

निवासी.....

नीट यू0जी0 रोल नं..... शासकीय चिकित्सा महाविद्यालय, रतलाम में स्नातक पाठ्यक्रम में शैक्षणिक सत्र 2021-22 में प्रवेश ले रहा हूँ। मैं शपथपूर्वक कथन करता/करती हूँ कि:-

मुझे इस शर्त पर होस्टल में आवंटन दिया जा रहा है, कि बायेंस/गर्ल्स होस्टल में मैं रूम शेयरिंग (एक रूम में दो अभ्यर्थी) के साथ रहूँगा/रहूँगी, एवं भविष्य में मेरे एवं मेरे अभिभावक के द्वारा पृथक-पृथक रूम लेने हेतु आवेदन नहीं किया जाएगा, न ही भविष्य में मेरे द्वारा किसी भी प्रकार की आपत्ति जताई जाएगी। मेरे द्वारा होस्टल फीस प्रति वर्ष जो कि वर्तमान में रु. 12000/- हैं, पूर्ण रूप से अदा किये जाएंगे।

मेरे द्वारा होस्टल से संबंधित समस्त नियमों का पालन पूर्ण रूप से किया जाएगा एवं पालन न करने पर मैं स्वयं ही इस का जिम्मेदार रहूँगा/रहूँगी।

मेरे द्वारा होस्टल में अनुशासन हीनता एवं नियमों का उल्लंघन किये जाने पर अगर मुझे कॉलेज प्रशासन द्वारा होस्टल से निष्कासित किया जाता है, तो भी मैं स्वयं ही इसका जिम्मेदार रहूँगा/रहूँगी।

वचनग्रहीता

मेरे द्वारा वचनपत्र में दी गई समस्त जानकारी सही एवं सत्य है जिसका सत्यापन आज दिनांक..... को स्थान.....में मेरे द्वारा सत्यापन किया गया।

वचनग्रहीता

1. अभ्यर्थी:-

नाम:

पता:

मोबाईल नंबर.....

2. पिता/अभिभावक :-

नाम:

पता:

मोबाईल नंबर.....

दिनांक

प्रति ,

मुख्य कार्यपालन अधिकारी एवं अधिष्ठाता,
शासकीय चिकित्सा महाविद्यालय ,
रतलाम (म.प्र)

विषय :- होस्टल सुविधा लेने बावत् ।

महोदय,

उपरोक्त विषयान्तर्गत में निवेदन है, कि मैं,.....
पुत्र/पुत्री श्री.....निवासी.....
.....नीट यू0जी0
रोल नं.....शासकीय चिकित्सा महाविद्यालय, रतलाम में एम.बी.बी.एस
शैक्षणिक सत्र 2021-22 प्रवेश लिया है। मुझे अध्ययन के लिए होस्टल सुविधा की आवश्यकता
है। कृपया मुझे होस्टल सुविधा प्रदान करने की कष्ट करें।

अभ्यर्थी हस्ताक्षर

नाम

मोबाईल नं 1.....

2.....

GOVERNMENT MEDICAL COLLEGE, RATLAM (M.P) 457001
HOSTEL ALLOTMENT FORM
BATCH 2021-22

Date _____

- Name of Student :- _____
- Aadhar No :- _____
- NEETUG roll No :- _____
- Mobile No. :- 1) _____ 2) _____
- Date of Birth :- _____ Blood Group:- _____
- Hobbies :- _____
- Any diseases/drug allergy :- _____
- Father's Name :- _____
Phone No. :- _____ Mobile No.:- _____
- Mother's Name :- _____
Mobile No. :- _____
- Home Address :- _____

Write your
name on back
side of the
photo

Local Guardians:-

- Name :- _____
- Relation :- _____
- Phone No. :- _____ Mobile No.:- _____
- Address :- _____

photo

- Name :- _____
- Relation :- _____
- Phone No. :- _____ Mobile No.:- _____
- Address :- _____

photo

(Sign of Student)

(Sign of hostel Warden)

(For office use only)

❖ Room No. _____ Roll No. _____

❖ Name of Room-mate _____