

# उत्तर प्रदेश स्टेट मेडिकल फैकल्टी

5, सर्वपल्ली, माल एवेन्यू रोड, लखनऊ - 226001

फोन : 0522 - 2238846, 2236600, फैक्स : 0522-2237800



पत्रांक सं० ..... 9458/17  
सेवा में,

दिनांक ..... 31/10/17

प्रबंधक / प्रधानाचार्य,  
समस्त नर्सिंग प्रशिक्षण केन्द्र,  
उत्तर प्रदेश।

महोदय,

कृपया इस कार्यालय के पत्र संख्या 6259/17 दिनांक 30.06.2017 का सन्दर्भ ग्रहण करें। उक्त दिशा निर्देश के क्रम में सत्र 2017-18 में प्रवेशित छात्र/छात्राओं के सम्बन्ध में निम्नलिखित निर्देशों का अनुपालन सुनिश्चित किया जाय।

1. प्रवेशित छात्र/छात्राओं का जिनका इनरोमेन्ट किया जा चुका है, उनकी सूची लाग-इन पैनल से प्रिन्ट निकालकर प्रधानाचार्य द्वारा प्रमाणित कर इस कार्यालय में 15 नवम्बर, 2017 तक जमा कराना सुनिश्चित करें।
2. इस कार्यालय के (Paper less Governance) के अर्न्तगत सत्र 2017-18 से केवल छात्र/छात्राओं की इनरोमेन्ट की सूची ही कार्यालय में जमा करना है। प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करने की आवश्यकता नहीं है।
3. सत्र 2017-18 में प्रवेशित छात्र/छात्राओं के इनरोलमेन्ट सूची के साथ निम्नलिखित शुल्क NEFT/RTGS अथवा बैंक ड्राफ्ट द्वारा जमा किया जायेगा।
  - सम्बद्धता शुल्क- 1500/- प्रति अभ्यर्थी की दर से
  - बुकलेट एवं आई0डी0 शुल्क- 500/- प्रति अभ्यर्थी की दर से
  - प्रथम वर्ष की परीक्षा शुल्क- 2500/- प्रति अभ्यर्थी की दर से
4. द्वितीय एवं तृतीय वर्ष की परीक्षा फीस जमा करने हेतु अलग से निर्देश जारी किया जायेगा।
5. NEFT/RTGS का विवरण निम्नवत् है-

Secretary, U.P. State Medical Faculty, Lucknow

Oriental Bank of Commerce

A/c No.- 10041131002164

IFSC CODE- ORBC0101004

BRANCH- SADAR CANTT., LUCKNOW

6. बैंक ड्राफ्ट सचिव, उ०प्र० स्टेट मेडिकल फैकल्टी, लखनऊ के पक्ष में देय होगा।
7. आपके द्वारा आपके प्रशिक्षण केन्द्र में प्रवेशित छात्र/छात्राओं के शैक्षिक प्रमाण पत्रों का सत्यापन अपने स्तर से स्वयं कर लें। शैक्षिक प्रमाण पत्रों के मिलान में किसी भी प्रकार की त्रुटि यदि भविष्य में प्रकाश में आती है तो उसका समस्त उत्तरदायित्व आपका होगा।

उपर्युक्त निर्देशों का अनुपालन तत्काल प्रभाव से सुनिश्चित किया जाय।

भवदीय,

  
31/10/2017

सचिव,

उ०प्र० स्टेट मेडिकल फैकल्टी

# U.P. STATE MEDICAL FACULTY, LUCKNOW

## (NEW ENROLLMENT FEES FORM)

DATE : \_\_\_\_\_

BATCH : Month \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_

**FOR OFFICE USE ONLY**

RECEIPT NO. :

DATE :

SIGN. :

CENTER CODE		
CENTER NAME		
CONTACT PERSON		CONTACT NO.

Courses	No. of Candidates	Enrollment Smart Card Fee (Per Candidate)	Examination Fee (Per Candidate)	Total Amount
Diploma in Blood Transfusion Technician		250.00	2500.00	
Diploma in C.S.S.D. Technician		250.00	2500.00	
Diploma in C.T. Scan Technician		250.00	2500.00	
Diploma in Cardiology Technician		250.00	2500.00	
Diploma in Dialysis Technician		250.00	2500.00	
Diploma in Emergency& Trauma Care Technician		250.00	2500.00	
Diploma in Lab Technician		250.00	2500.00	
Diploma in M.R.I. Technician		250.00	2500.00	
Diploma in O.T. Technician		250.00	2500.00	
Diploma in Occupational Therapy		250.00	2500.00	
Diploma in Optometry		250.00	2500.00	
Diploma in Optometry (Bridge Course)		250.00	2500.00	
Diploma in Orthoptics		250.00	2500.00	
Diploma in Pharmacy		250.00	2500.00	
Diploma in Physiotherapy		250.00	2500.00	
Diploma in Radiotherapy Technician		250.00	2500.00	
Diploma in Sanitation		250.00	2500.00	
Diploma in X-Ray Technician		250.00	2500.00	
Certificate in Emergency & Trauma Care Assistant		250.00	2500.00	
Certificate in Baby Nursing & Child Care		250.00	300.00	
<b>GRAND TOTAL</b>				

Courses	No. of Candidates	Guidelines & Syllabus Booklet + Enrollment Smart Card Fee (Per Candidate)	Guidelines & Syllabus Booklet + Enrollment Smart Card Fee Amount	Examination Fee (Per Candidate)	Examination Fee Amount	Total Amount
G.N.M.		500.00		2500.00		
A.N.M.		500.00		2500.00		
<b>GRAND TOTAL</b>						

RTGS/ NEFT/ DEMAND DRAFT DETAILS				
Sr. No.	Bank Name	Transaction Reference / DD No.	Date	Amount
1.				
2.				
<b>TOTAL</b>				

CASH	
X 2000	
X 1000	
X 500	
X 100	
X 50	
X 10	
<b>TOTAL</b>	

- NOTE-** 1. Form to be filled in Capital Letters only.  
 2. Draft should be in the Name of "SECRETARY, U.P. STATE MEDICAL FACULTY, LUCKNOW".  
 3. Enclose the List of Candidates.

SEAL & SIGN.  
**PRINCIPAL/ DIRECTOR**