

(4)

સ્થાપના : ૧૯૨૪

૨૭૨૮૬ : ૧૯૪૦

વિદ્યાદાન સર્વદાનપ્રધાનમ્

શ્રી અનાવિલ કેળવણી મંડળ - મુંબઈ

પત્રવ્યવહાર :- ફ્લેટ નં. ૪૦૧, શ્રી ગણેશ સીએચએસ લી., શીપોલી કોસ રોડ-૨, મેગા પાર્ટી હોલની સામે,
બોરીવલી (વે.), મુંબઈ - ૪૦૦ ૦૯૨. ફોન નં : ૯૮૯૨૫૨૭૯૧૩

સ્વ. કુસુમબેન બાલુભાઈ દેસાઈ (કુંગરી-મુંબઈ) MBBS આર્થિક સહાય યોજના

અરજી પત્રક

મંત્રી શ્રી

તારીખ :

શ્રી અનાવિલ કેળવણી મંડળ, મુંબઈ.

આ પત્રકમાં નીચે જણાવેલી શરતોને આધીન રહી આપના મંડળમાંથી MBBS આર્થિક સહાય યોજના મેળવવા હું નમ્રતાપૂર્વક અરજ કરું છું,
હું ખાતરી આપું છું કે નીચે જણાવેલ હકીકત સાચી છે.

- ૧) વિદ્યાર્થીનું પુરું નામ : _____
- ૨) પિતા અથવા વાલીનું પુરું નામ : _____
- ૩) હાલનું સરનામું : _____
- _____
- ૪) જન્મ તારીખ : _____ ૫) વતન : ગામ _____ હાલમાં _____

ઉપરોક્ત માહિતી મારી જાણ મુજબ સાચી છે.

સીલ તથા : ૧

૨

લિ. આપનો / આપની વિશ્વાસુ

વિદ્યાર્થીના માતા-પિતા / વાલીની સહી

વિદ્યાર્થીની સહી

--: શરતો :-

- ૧) અરજી એડમીશન મળ્યાના ૩ મહિનાની અંદર મંડળને મળવી જોઈએ, તે તારીખ પછી મળેલ અરજી ઉપર વિચાર કરવામાં આવશે નહિ.
- ૨) પાસ થયેલ ધોરણ / વર્ષના પરિણામ પત્રની ઝેરોક્ષ પર પોતાની સહી જરૂરી છે.
- ૩) MBBS માં અભ્યાસ કરતા વિદ્યાર્થીને મંડળ દ્વારા વધુમા વધુ ૨૦,૦૦૦ ની સ્કોલરશીપ મળશે.
- ૪) આવેલ અરજી ને મંજૂર - નામંજૂર કરવાનો નિર્ણય મંડળના કારોબારીને આધીન છે.
- ૫) શિષ્યવૃત્તિ મેળવનાર વિદ્યાર્થીએ નોકરી/ધંધે લાગ્યા પછી મંડળ તરફથી તેમને મળેલી શિષ્યવૃત્તિ રકમ મંડળને પાછી આપે એવી અપેક્ષા.
વિદ્યાર્થીઓ કમાણી કરતા થાય ત્યારે તેમને મળેલી શિષ્યવૃત્તિ રૂપી મંડળનું ઋણ અદા કરવાની પોતાની નૈતિક ફરજ સમજશે.

વિદ્યાર્થી જે કોલેજમાં અભ્યાસ કરતા હોય તે કોલેજનું પ્રમાણપત્ર

હું આથી પ્રમાણપત્ર આપું છું કે (નામ) _____

હાલ MBBS વર્ષ : _____ માં ભણે છે. તે વાર્ષિક રૂ. ફી _____ ભરે છે.

છેલ્લા પરીક્ષાના માર્ક્સ _____ / _____ ટકા _____ % આવેલ છે.

કોલેજનું નામ :

ઠેકાણું :

તારીખ :

કોલેજનું પ્રમાણપત્ર આપનારની સહી