

# Office of the Principal

Vardhman Institute of Medical Sciences, Pawapuri, Nalanda (Bihar) PIN Code 803115

Email - principal.vims.pawapuri@gmail.com

Principal Mob. No.: 09431648784



Principal Email- drpkchoudhary13@gmail.com

Website-www.vimspawapuri.org

## आदेश

बी०सी०ई०सी० बोर्ड, पटना का पत्रांक 1070 / 2020, दिनांक 17.12.2020 के आलोक में UGMAC 2020 के प्रथम काउन्सेलिंग में DQ कोटि में आवंटित सभी दिव्यांग अभ्यर्थी की दिव्यांगता की पुनः जाँच दिनांक 19.12.2020 तक की जानी है।

उपरोक्त के आलोक में निम्न में दर्शाये गठित दिव्यांगता परीक्षण टीम को आदेशित किया जाता है कि दिनांक 19.12.2020 को संस्थान के DQ Verification Room में उपस्थित होना सुनिश्चित करें एवं आवंटित अभ्यर्थियों की दिव्यांगता की पुनः जाँच कर संलग्न प्रतिवेदन अद्योहस्ताक्षरी को समर्पित करें ताकि बी०सी०ई०सी० बोर्ड, पटना को ससमय प्रतिवेदन भेजी जा सके। इसे अनिवार्य रूप से समझा जाय।

### गठित दिव्यांगता परीक्षण टीम

Sl	Name of Faculty	Designation	Deptt.	No. of Allotted Student
1	Dr. Satish Kumar	Prof.	ENT	1
2	Dr. Ranjan Kumar	Assoc. Prof.		
3	Dr. Sarfaraz	Asstt. Prof.		
4	Dr. Ranjeet Kumar Singh	Assoc. Prof.	Orthopedics	4
5	Dr. Subodh Kumar Singh	Asstt. Prof.		
6	Dr. Rajnand Kumar	Asstt. Prof.		

अनुलग्नक: यथोक्त।

ह०/-  
प्राचार्य,

वर्द्धमान आयुर्विज्ञान संस्थान,  
पावापुरी, नालन्दा।

ज्ञापांक:- 536/SS पावापुरी, दिनांक 17/12/2020

प्रतिलिपि:- आवंटित अभ्यर्थी को सूचनार्थ एवं वर्णित तिथि को संस्थान में उपस्थित होने हेतु प्रेषित।

प्रतिलिपि:- संबंधित चिकित्सक, वर्द्धमान आयुर्विज्ञान संस्थान, पावापुरी, नालन्दा को सूचनार्थ एवं अनुपालनार्थ प्रेषित।

प्रतिलिपि:- संबंधित विभागाध्यक्ष, वर्द्धमान आयुर्विज्ञान संस्थान, पावापुरी, नालन्दा को सूचनार्थ प्रेषित।

प्रतिलिपि:- बी०सी०ई०सी० बोर्ड, पटना को सूचनार्थ प्रेषित।

प्रदर्शित:- संस्थान के बेवसाईट एवं कार्यालय सूचना पट्ट पर प्रदर्शन हेतु प्रेषित।



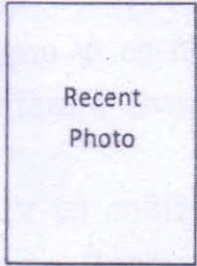
प्राचार्य, 17/12/20

वर्द्धमान आयुर्विज्ञान संस्थान,  
पावापुरी, नालन्दा।



# UGMAC-2020

## Check Slip-Cum-Report for DQ Candidates.



Name of Candidate : .....

Father's Name: .....

UGMAC-2020-ID- ..... DQ Rank DQ- ..... Sex: .....

Aadhar No. .... District ....., Type of Disability .....

Seat allotted at : .....

Disability details as per Certificate: .....

.....

.....

Discrepancy in Disability of Candidate in respect of Disability Certificate, if any;

.....

Eligible / Not Eligible for DQ Seat.

Date .....

Signature of Candidate

Signature of verifying officers

Sign & Name: ..... Sign & Name: ..... Sign & Name: .....

Designation .....

Designation .....

Designation .....

(Concerned Specialist)

(Concerned Specialist)

(Concerned Specialist)

Signature of Principal

Name .....

Name of Institution