

(3)

बी.बी. दीक्षित पुस्तकालय
अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान
अंसारी नगर, नई दिल्ली-110029
सदस्यता फार्म

नाम _____
(स्पष्ट अक्षरों में)
विभाग _____
पदनाम _____
जन्म तिथि _____ रक्त समूह _____
पदग्रहण की तिथि _____
वर्तमान पता _____ पिन कोड _____
स्थायी पता _____ पिन कोड _____
ई-मेल _____
फोन नंबर _____ (आवास) _____ (मो.)

अपनी पासपोर्ट
आकार की
नवीनतम फोटो
लगाएं

सेवा में, मुख्य पुस्तकालयाध्यक्ष, डॉ. बी.बी. दीक्षित पुस्तकालय, एम्स नई दिल्ली-110029
में, अधोहस्ताक्षरी, सिफारिश करता/करती हूँ कि _____ को डॉ. बी. बी.
दीक्षित पुस्तकालय, एम्स, नई दिल्ली से पुस्तकें उधार लेने की अनुमति दी जाए और उन्हें जारी की गई पुस्तकों की
वापसी की जिम्मेदारी स्वीकार करता हूँ। मेरे कार्यालय ने उनके द्वारा दी गई जानकारी का सत्यापन कर लिया है।

विभागाध्यक्ष द्वारा अनुमोदित
(नाम, पदनाम एवं आधिकारिक मुहर)

आवेदक के हस्ताक्षर

केवल पुस्तकालय के उपयोग हेतु

आवेदक को डॉ. बी.बी. दीक्षित पुस्तकालय, एम्स, नई दिल्ली के सदस्य के रूप में पंजीकृत किया जाता है।

पुस्तकालय सदस्य संख्या _____ वैधता तिथि _____

द्वारा अद्यतन विवरण

द्वारा सत्यापित

द्वारा अनुमोदित

द्वारा जांचा गया

पुस्तकालयाध्यक्ष ग्रेड-1

मुख्य पुस्तकालयाध्यक्ष

द्वारा जारी स्मार्ट कार्ड

द्वारा प्राप्त किया गया

अनापत्ति प्रमाणपत्र तैयार एवं जारी किया गया