

0407104000135337

आई.डी.बी.आई. बैंक IDBI BANK
डॉक्टर हरीसिंह गौर विश्वविद्यालय, सागर-470003 (म.प्र.)
Dr. Harisingh Gour Vishwavidyalaya, Sagar - 470003 (M.P.)

**ADMISSION DEMAND/CHALLAN**

जारी करने का दिनांक _____

जमा करने हेतु अंतिम दिनांक _____

- | | |
|---------------------------|--|
| 1. नाम _____ | 2. पिता/माता का नाम _____ |
| 3. स्थाई पता _____ | 4. रजिस्ट्रेशन/इनरोलमेंट नं. _____ |
| 5. पाठ्यक्रम का नाम _____ | 6. अनुक्रमांक (Roll. No.) _____ |
| 7. मोबाईल नं. _____ | 8. कक्षा _____ |
| 9. ईमेल _____ | 10. श्रेणी (Category) (SC/ST/OBC/Gen.) _____ |

केवल दूरस्थ शिक्षा संस्थान के विद्यार्थियों के लिए

ONLY FOR STUDENTS OF DISTANCE EDUCATION

(A)	प्रवेश संबंधी शुल्क ADMISSION FEE	राशि (रु.) AMOUNT (₹)	(A)	प्रवेश संबंधी शुल्क ADMISSION FEE	राशि (रु.) AMOUNT (₹)
1	Admission Form Fee		13	Refund of Advance	
2	Admission Fee		14	Other Fees (if any) Pls. Specify	
3	Late Fee				
4	Examination Form Fee				
5	Examination Fee				
6	Fee for Change of Name/ Surname				
7	Supplementary Exam Fee				
8	Ex-Student Exam Fee				
9	Migration Certificate Fee				
10	Duplicate Admn. Card				
11	Duplicate Marksheet				
12	Degree/Provisional Certificate				
	Total ₹			Total ₹	
	Grand Total ₹				

Grand Total in Words: _____

Signature of Depositor

For Office Use Only

Signature of Clerk

Bank Use Only

Name of Bank _____ Name of Branch _____

₹ _____ (In words) _____

Journal No. _____ Date _____

(बैंक अपने से संबंधित सभी कॉलम स्पष्ट करें।)

Note: In matters of dispute, in regard to any of the items mentioned here in it will be binding for student to produce the receipt **Challan** for verification.