



अटल बिहारी वाजपेयी चिकित्सा विश्वविद्यालय, उ०प्र०, लखनऊ  
Atal Bihari Vajpayee Medical University, U.P. Lucknow

पत्रांक : 110 / परीक्षा / अ०वि०वा०चि०वि० / 2024

दिनांक : 06/02/24

सूचना

एम०बी०बी०एस० सत्र 2023-24 बैच के अभ्यर्थियों के इनरोलमेन्ट नम्बर जारी करने के सम्बन्ध में शुल्क:-

S.No	Particular	Enrolment Fess
1	MBBS Session 2023-2024 Batch	1000.00

उपरोक्त शुल्क केवल सम्बद्ध विद्यालय के माध्यम से ही अटल बिहारी वाजपेयी चिकित्सा विश्वविद्यालय के HDFC Bank LTD खाता संख्या 50100514527333, आई०एफ०एस०सी० कोड (HDFC0003802) शाखा- विक्रान्त खण्ड, गोमती नगर, लखनऊ- 226010 में निर्धारित तिथि (10.02.2024 से 10.03.2024) तक विश्वविद्यालय की वेब साईट पर उपलब्ध आन्-लाईन पोर्टल के माध्यम से शुल्क जमा कर पूर्ण विवरण के साथ दिये हुए प्रारूप (Excell Sheet) में अभ्यर्थियों का डाटा भी पोर्टल एवं मेल (enrollmentcellabvmuup.in@gmail.com) पर दिनांक 10.03.2024 तक उपलब्ध कराये।

(डा० लोकाेश अग्रवाल)  
परीक्षा नियंत्रक

प्रतिलिपि:-

1. वित्त अधिकारी, अटल बिहारी वाजपेयी चिकित्सा विश्वविद्यालय, उ०प्र०।
2. निजी सचिव, माननीय कुलपति महोदय, अटल बिहारी वाजपेयी चिकित्सा विश्वविद्यालय, उ०प्र०।
3. वरिष्ठ सहायक, इनरोलमेन्ट सेल, अटल बिहारी वाजपेयी चिकित्सा विश्वविद्यालय, उ०प्र०।
4. कम्प्यूटर आपरेटर, परीक्षाफल सेल, अटल बिहारी वाजपेयी चिकित्सा विश्वविद्यालय, उ०प्र०।
5. सूचना पट्ट, अटल बिहारी वाजपेयी चिकित्सा विश्वविद्यालय, उ०प्र०।
6. विश्वविद्यालय की वेबसाईड पर उपलब्ध कराये जाने हेतु।

परीक्षा नियंत्रक

Sr. No	Name of College	College Code	Course Name	Name of Students	Sex	Father's Name	Father's contact No	Mother's Name	Email Id	Admission Date
1	2	3	5	6	7	8	9	10	11	12
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										
31										
32										
33										
34										
35										
36										
37										
38										
39										
40										

Signature of COE with Name and Contact Number

Signature of Dean Medical with Name and Contact Number