

OPT FOR UPGRADATION - YES / NO

M.G.M. MEDICAL COLLEGE INDORE

PHOTOGRAPH : VERIFIED / NOT VERIFIED
Name & signature of Photograph verifying officer

PHOTO (as
on NEET
admit card)

CERTIFICATE OF SCRUTINY COMMITTEE
PARTICULARS & DECLARATION OF THE CANDIDATE
FOR MBBS

Left Thumb Impression

BATCH-2020-21

(TO BE FILLED IN BY THE CANDIDATE IN BLOCK LETTERS)

1. NAME OF THE CANDIDATE _____
2. NEET AI RANK _____ NEET SCORE _____ NEET PERCENTILE _____
3. DATE OF BIRTH _____ Blood Group _____ NATIONALITY _____
4. PLACE & STATE OF BIRTH _____
5. MOBILE NO & E. Mail _____
6. SEAT - STATE / ALL INDIA / GOI NOMINEE / _____
7. CATEGORY - ST / SC / OBC / UR. ----- ALLOTTED CATEGORY _____
8. CLASS - MP / FF / F / PH / EWS / X (NO CLASS) _____
9. SCHOLARSHIP SCHEME - MMMVY / JANKALYAN / POST METRIC / NONE
10. FATHER'S NAME _____
E. Mail I.D. & MOBILE NUMBER _____
11. MOTHER'S NAME _____
MOBILE NO: _____
12. LOCAL ADDRESS & PHONE NO: _____

GUARDIAN'S NAME & ADDRESS _____
WITH PHONE NO _____
13. PERMANENT ADDRESS _____
& PHONE NO. WITH S.T.D. CODE: _____
14. OCCUPATION: FATHER _____ MOTHER _____

DECLARATION

I hereby solemnly declare that the information given by me in this form and enclosures is true and I am solely responsible for its accuracy. I am fully aware that providing incorrect and false information due to any reason at the time of allotment of the seat and / or at the time of admission or subsequently, is an offence and my admission is liable to be cancelled without any notice at any time by the Director, Medical Education / Dean / Principal of the Institution.

I also hereby declare that I have **AVAILED/NOT AVAILED** any **Gap period** during my pre-medical education curriculum.

Signature & Name of Parent

Signature & Name of Candidate

.....

.....

Date :.....

Contd.....2...

FOLLOWING ORIGINAL DOCUMENTS ARE BEING SUBMITTED BY THE CANDIDATE.

Name of Candidate.....S/o, D/o.....

S.NO	DOCUMENT	Name of issuing body	Document no.	Documents date	Signing Authority of document	Remark
1	Allotment Letter					
2	NEET Mark Sheet/ Rank letter					
3	Admit Card / Roll no:					
4	10'th Mark Sheet / Certificate					
5	11'th Mark Sheet					
6	12'th Mark Sheet					
7	Aadhar Card					
8	School / College Leaving Certificate					
9	Migration Certificate					
10	Medical Fitness Certificate					
11	Bond (Seat Leaving & Rural Service)					
12	Domicile & Nationality Certificate / Photo ID					
13	Character Certificate					
14	Caste Certificate					
15	Income Certificate					
16	Gap Affidavit					
17	Certificate – F.F. / M.P. / P.H. / EWS					
18	MP Domicile Affidavit					
19	Proof of below poverty line / Sambal Card					
20	Green Card Holder / MMMVY					
21	10 self addressed stamped envelopes					
22	Any Other certificate					
23	CD of all above documents					
24	10 recent colored photograph with name, application no. and merit no. with ball point pen at the back + one 4x6 colored photographs.					

Total No. of documents _____

Signature of the candidate _____

The above mentioned submitted documents were scrutinized by the committee & found in order. candidate is recommended for depositing the fees for admission.

MGM MEDICAL COLLEGE, INDORE

Medical Certificate

PHOTO (as
on NEET
admit card)

Name of the Candidate

Age

Sex

Father's / Husband's Name

Mother's Name

Signature of the Candidate:

01. Height (in inches/cms)

02. Weight in Kgs

03. Chest measurement in cms: After inspiration

After expiration

04. CVS :

05. Respiratory System:

06. GIT: Abdomen:

Hydrocele / Piles or any other abnormality.

07. CNS:

08. Eyes: Rt. Eye near vision distant vision

possible correction reqd.

Lt. eye near vision distant vision

possible correction reqd.

09. Hearing

10. Ear / Nose / Throat

11. Obstetrics & Gynecologist opinion:

12. Disability (if any)

13. Investigations: 01. Haemogram

02. Urine

We hereby declare that the candidate Shri / Kum. _____
selected for MBBS Course on the basis of passing PMT / CPMT examinations, that we have carefully
examined this candidate and have found him/her to be physically & mentally **FIT / NOT FIT**.

(MEMBERS OF THE MEDICAL BOARD)

NAME & SIGNATURE OF SPECIALISTS:

Medicine

Surgery

ENT

Ophthalmology

Obstetrics & Gynecology

Date:

प्रारूप-8

(अनुसूची-3-11 (i) (ii) स्नातक पाठ्यक्रम हेतु)

(चिकित्सा/दंत चिकित्सा महाविद्यालय में स्टेट कोटा अथवा ऑल इण्डिया कोटे से स्नातक पाठ्यक्रम में प्रवेशित अभ्यर्थी के लिये)

बंध-पत्र

सम्यक रूप से स्टांपित (बंध पत्र की राशि का 0.5 प्रतिशत)

- 1- मैं, पुत्र/पुत्री/पत्नी श्री
निवासी मध्यप्रदेश के चिकित्सा /दंत चिकित्सा महाविद्यालय में स्नातक पाठ्यक्रम में शैक्षणिक सत्र..... में प्रवेश हेतु अभ्यर्थी हूं ।
- 2- मैंने मध्यप्रदेश शासन चिकित्सा शिक्षा विभाग के मध्य प्रदेश चिकित्सा शिक्षा प्रवेश नियम 2018 एवं संशोधन जून 2019 को भलीभांति पढ़कर समझ लिया है ।
- 3- मैं एतद्वारा यह बंध पत्र निम्नशर्तों पर निष्पादित करती/करता हूं कि :-
 - i) सीट लिविंग बॉण्ड-
 - अ मैं चिकित्सा/ दंत चिकित्सा स्नातक पाठ्यक्रम में प्रवेश प्राप्त करने के उपरांत अध्ययनरत रहकर पाठ्यक्रम पूर्ण करूंगा/करूंगी ।
 - ब यह कि, मेरे द्वारा राज्य स्तरीय काउंसिलिंग के निर्देशों में विनिर्दिष्ट समय सीमा के पश्चात् एवं पाठ्यक्रम पूर्ण होने से पूर्व किसी भी परिस्थिति में सीट से त्यागपत्र दिए जाने अथवा मेरा निष्कासन किये जाने की स्थिति में, मैं संबंधित शासकीय चिकित्सा/शासकीय दंत चिकित्सा महाविद्यालय की स्वशासी समिति को सीट लिविंग बांड राशि रू0 30,00,000/- (रू0 तीस लाख) भुगतान करने का वचन देता हूँ /देती हूँ अथवा निजी चिकित्सा /दंत चिकित्सा महाविद्यालय में प्रवेशित सीट से त्यागपत्र दिये जाने पर संबंधित संस्था में सम्पूर्ण अवधि का शैक्षणिक शुल्क शासन को देय होगा ।
 - ii) ग्रामीण सेवा बॉण्ड-
 - अ- मैं चिकित्सा स्नातक पाठ्यक्रम पूर्ण करने के उपरांत शासन द्वारा निर्दिष्ट स्थानों पर विहित अवधि तक अनिवार्य रूप से चिकित्सा सेवा प्रदान करूंगी/करूंगा ।
 - ब- विहित अवधि जो कि शासकीय/निजी स्नातक पाठ्यक्रम में प्रवेश लेने पर एक वर्ष शासन द्वारा निर्दिष्ट स्थान पर सेवाएं न देने की स्थिति में मैं शासन को रू0 10 लाख (अनारक्षित वर्ग हेतु) रू0 5 लाख (आरक्षित वर्ग हेतु) भुगतान करने का वचन देती/देता हूँ।

सं— अन्य पिछड़ा वर्ग के अभ्यर्थी द्वारा छात्रवृत्ति योजना का लाभ लेने की स्थिति में विहित अवधि जो कि शासकीय स्नातक पाठ्यक्रम में प्रवेश लेने पर शासन द्वारा निर्दिष्ट स्थान पर 2 वर्ष की सेवा देने अथवा रू0 10 लाख भुगतान करने का वचन देता/देती हूँ। एवं निजी चिकित्सा स्नातक पाठ्यक्रम में प्रवेश लेने पर 5 वर्ष की सेवा देने अथवा रू0 25 लाख भुगतान करने का वचन देता/देती हूँ। निजी चिकित्सा महाविद्यालय में प्रवेश होने पर बॉर्ड का निष्पादन संचालक चिकित्सा सेवा के नाम से होगा।

अथवा

विहित अवधि जो कि मुख्यमंत्री मेधावी विद्यार्थी योजना/मुख्य मंत्री जनकल्याण योजना का लाभ शासकीय स्नातक पाठ्यक्रम में प्रवेश लेने पर शासन द्वारा निर्दिष्ट स्थान पर 2 वर्ष की सेवा देने अथवा रू0 10 लाख भुगतान करने का वचन देता/देती हूँ। एवं निजी चिकित्सा स्नातक पाठ्यक्रम में प्रवेश लेने पर 5 वर्ष की सेवा देने अथवा रू0 25 लाख भुगतान करने का वचन देता/देती हूँ। निजी चिकित्सा महाविद्यालय में प्रवेश होने पर बॉर्ड का निष्पादन संचालक चिकित्सा सेवा के नाम से होगा।

हस्ताक्षर आवेदक

गवाह :-

1.....

2.....

MGM MEDICAL COLLEGE, INDORE
FEES STRUCTURE FOR MBBS – 2020
(FEES IS TO BE DEPOSITED ONLY AFTER SCRUTINY OF THE
DOCUMENTS)

NAME - _____

ROLL NO. - _____ CATEGORY - _____

1. TUTION FEES	–	Rs. 1,00,000/-
2. STUDENT FUND	–	Rs. 1,000/-
3. CAUTION MONEY	–	Rs. 3,000/-
4. SECURITY DEPOSIT	–	Rs. 10,000/-
5. LIBRARY FEES	-	Rs. 1,000/-
6. CYCLE STAND	-	Rs. 350/-
7. STUDENT WELFARE FUND-		Rs. 500/-

Total Rs. 1,15,850/-

FEES FOR STUDENTS WHO ARE OPTING FOR UPGRADATION

1. 10% OF TUTION FEES	–	Rs. 10,000/-
-----------------------	---	--------------

Online payment/ RTGS/ Demand Draft in favour of Dean, MGM Medical College,
Indore

Dean, M.G.M. Medical College Indore,
Account No: 53003590071,
State Bank of India, M.Y.H. Campus Indore,
Branch code: 30359, IFSC- SBIN0030359,