

अनिवार्य - प्रपत्र एक्स्ट्रा म्यूरल अनुदान/ MANDATE FORM EXTRA MURAL GRANTS

इलेक्ट्रॉनिक समाशोधन सेवा (क्रेडिट समाशोधन)/वास्तविक समय

भुगतान प्राप्त करने के लिए सकल निपटान (आरटीजीएस) सुविधा

**ELECTRONIC CLEARING SERVICE (CREDIT CLEARING)/ REAL TIME
GROSS SETTLEMENT (RTGS) FACILITY FOR RECEIVING PAYMENTS**

क. खाताधारक का विवरण / A. DETAIL OF ACCOUNT HOLDER

1	संस्थान खाताधारक का नाम/NAME OF ACCOUNT HOLDER	
2	संपर्क के लिए पूरा पता/COMPLETE CONTACT ADDRESS	
3	टेलीफोन नं/फैक्स/ई-मेल TELEPHONE NUMBER/FAX/EMAIL	
4	फर्म का नाम और पता / NAME & ADDRESS OF FIRM	

ख. बैंक खाता का विवरण /B. BANK ACCOUNT DETAIL :-

1	बैंक का नाम / BANK NAME	
2	बैंक शाखा का संपूर्ण पते के साथ नाम, टेलीफोन नं.और ई-मेल BRANCH NAME WITH COMPLETE ADDRESS, TELEPHONE NUMBER AND EMAIL	
3	क्या बैंक शाखा कम्प्यूटरीकृत है? WHETHER THE BRANCH IS COMPUTERISED?	
4	क्या बैंक शाखा में आरटीजीएस सुविधा है यदि हां, तो शाखा का आईएफएससी कोड क्या है? WHETHER THE BRANCH IS RTGS ENABLED? IF YES, THEN WHAT IS THE BRANCH'S IFSC CODE	
1	क्या शाखा में एनईएफटी करने में सुविधा है? IS THE BRANCH ALSO NEFT ENABLED?	
2	बैंक खाता का प्रकार (बचत खाता/ चालू खाता) TYPE OF BANK ACCOUNT (SB/CURRENT)	
3	पूरा बैंक खाता संख्या दें (अद्यतन) COMPLETE BANK ACCOUNT NUMBER (LATEST)	
4	बैंक का एमआईसीआर कोड / MICR CODE OF BANK	

मैं एतद्वारा घोषणा करता / करती हूँ कि ऊपर दिया गया विवरण सही और पूर्ण है। यदि अपूर्ण और गलत जानकारी देने के कारण लेन देन अप्रभावी या देर से होता है तो, मैं उपयोगकर्ता संस्थान को जिम्मेदार नहीं ठहराऊंगा/ठहराऊंगी

I hereby declare that the particulars given are correct and complete. If the transaction is delayed or not affected at all for reasons of incomplete or incorrect information. I would not hold the user Institution responsible.

दिनांक: (.....परियोजना अन्वेषक के हस्ताक्षर एवं मुहर)

(संस्थान के लेखा अधिकारी के हस्ताक्षर)

Date : (.....Signature & Seal of Project Investigator)

(Signature of Account officer of the Institute)

प्रमाणित किया जाता है कि रिकार्ड के अनुसार दिया गया उपर्युक्त विवरण सही है।/Certified that the particulars furnished above are correct as per our records.

(आईसीएमआर के संबंधित प्रभाग के प्रशासन अधिकारी के हस्ताक्षर एवं मुहर/ Signature & Seal of AO of the Concerned Division in ICMR)

दिनांक (Date): _____

नोट (Note):

कृपया सत्यापन हेतु उस बैंक खाते की पुष्टि के लिए, जिसमें धनराशि प्रेषित की जानी है, संबंधित बैंक खाते का रद्द किए गए चेक की फोटोकॉपी संलग्न करें।/ Please attach a photocopy of cancelled cheque for purpose of verification of the concerned bank account where money is to be remitted.