

# हमीपत्र

नांव :-----

पत्ता :-----

-----

-----

मोबाईल नं. -----

दिनांक - -----

प्रति,

मा.प्राचार्य सो,  
श्रीमती के. बी. आबड  
होमिओपॅथिक मेडिकल कॉलेज,  
चांदवड ( नासिक )

मा. महोदय,

आम्ही खाली सही करणार आपणांस हमीपत्र लिहून देतो की, माझा पाल्य चि./कु.-----  
याने/हिने आपल्या महाविद्यालयात शैक्षणिक वर्ष २० -२० मध्ये प्रथम वर्ष बी.एच.एम.एय करीता प्रवेश घेतला आहे.  
महाविद्यालयाने आम्हाला नॅशनल कमिशन ऑफ होमिओपॅथी (डिग्री कोर्स रेग्युलेशन, २०२२) मध्ये निर्धारित  
केल्यानुसार बी.एच.एम.एस. हा कोर्स आंतरवासियतेसह १० वर्षात पुर्ण करणे बाबतची माहिती दिलेली आहे. तसेच  
प्रथम, द्वितीय, तृतीय व चतुर्थ वर्ष बी.एच.एम.एस.च्या परिक्षा मुळ परिक्षेसह एकुण ०४ प्रयत्नात उत्तीर्ण होणे  
आवश्यक असल्याबाबतचीही माहिती मला दिलेली आहे.

तरी वरील प्रमाणे माझेकडून पुर्तता न झाल्यास व त्यामुळे माझे शैक्षणिक नुकसान झाल्यास, त्यास सर्वस्वी मी  
व माझे पालक जबाबदार राहतील असे या हमीपत्राद्वारे आम्ही लिहून देत आहे.

आभारी आहे.

आपला विश्वासु,

पालकाचे नांव व सही

विद्यार्थ्याचे नाव व सही

# हमीपत्र

प्रति,

मा.प्राचार्य सो.,

श्रीमती के. बी. आबड

होमिओपॅथिक मेडिकल कॉलेज,

चांदवड ( नासिक )

आम्ही खाली सही करणार आपणांस हमीपत्र लिहून देतो की, माझा पाल्य चि./कु. ----- याने/हिने आपल्या महाविद्यालयात शैक्षणिक वर्ष २० - २० मध्ये प्रथम वर्ष बी.एच.एम.एस. करीता प्रवेश घेतला आहे. आपले महाविद्यालय, संस्था, एम.यु.एच.एस., महाराष्ट्रशासन व एन.सी.एच. च्या नियमानुसार मी खालील बाबींचे हमीपत्र देत आहे.

०१. महाविद्यालयाने आम्हाला नॅशनल कमिशन ऑफ होमिओपॅथी (डिग्री कोर्स रेग्युलेशन २०२२) मध्ये निर्धारित केल्यानुसार बी.एच.एम.एस. हा कोर्स आंतरवासियतेसह १० वर्षात पूर्ण करणे बाबतची माहिती दिलेली आहे. तसेच प्रथम, द्वितीय, तृतीय व चतुर्थ वर्ष बी.एच.एम.एस. च्या परिक्षा प्रत्येकवर्षी मुळ परिक्षेसह एकूण ०४ प्रयत्नात उत्तीर्ण असल्याबाबतचीही माहिती मला दिलेली आहे.
०२. मी माझा प्रवेश कोर्स पूर्ण झालेशिवाय रद्द करणार नाही किंवा रद्द करणेची वेळ आलीच तर मी आपल्या महाविद्यालयाची उर्वरित वर्षांची शैक्षणिक फी भरून रद्द करेल.
०३. मी प्रत्येक शैक्षणिक वर्षात सर्व असाइनमेंट, लेक्चर्स आणि प्रॅक्टिकल्स अटेंड करेल व अनुक्रमे ७५ व ८० टक्के पेक्षा जास्त उपस्थिती नोंदवेल, जर माझी उपस्थिती ७५ टक्के पेक्षा कमी भरली तर मला परीक्षेचा फॉर्म भरू दिला जाणार नाही व परीक्षेला बसू दिले जाणार नाही याची मला व माझ्या पालकांना जाणीव करून देण्यात आली आहे. त्यावेळी माझ्या होणाऱ्या शैक्षणिक नुकसानीस मी स्वतः जबाबदार राहील.
०४. महाराष्ट्र शासनाच्या नियमानुसार वैद्यकिय अभ्यासकमा साठी रीपीटर फी घेतली जाते. त्यानुसार नियमाप्रमाणे मी सदर फी भरण्यास तयार आहे.
०५. मी शासन, विद्यापीठ, राष्ट्रीय होमिओपॅथी आयोग, संस्था व महाविद्यालयाच्या सर्व नियमांचे व शिस्तीचे पालन करेन तरी वरील प्रमाणे माझेकडून पुर्तता न झाल्यास व त्यामुळे माझे शैक्षणिक नुकसान झाल्यास, त्यास सर्वस्वी मी व माझे पालक जबाबदार राहतील असे या हमीपत्राद्वारे आम्ही लिहून देत आहोत.

आपला विश्वासु,

पालकाचे नाव व सही

विद्यार्थ्याचे नाव व सही

दिनांक :-

ठिकाण :-