

अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान

कंप्यूटर सुविधा

ई-अस्पताल आईडी का निर्माण/अद्यतनीकरण/स्थानांतरण प्रपत्र

नोट:- सभी कॉलम को भरना अनिवार्य है। अधूरे प्रपत्र स्वीकार नहीं किए जाएंगे।

केन्द्र/ब्लॉक का नाम	
विभाग/अनुभाग/कार्यालय/कार्यस्थल का नाम	
कर्मचारी आई.डी. (एम्स आई.डी./आउटसोर्स कर्मचारी आई.डी. संख्या)	
कर्मचारी का नाम (स्पष्ट अक्षरों में)	डॉ./सुश्री/श्री/श्रीमती:
लिंग	
पद का नाम	
वर्तमान ई-अस्पताल आई.डी., यदि कोई है	
स्थानांतरण के मामले में कृपया उल्लेख करें	विभाग/कार्यस्थल से स्थानांतरण: विभाग/कार्यस्थल में स्थानांतरण:
अपेक्षित भूमिका (आपके कार्य पर आधारित)	
प्रयोगशाला कर्मचारियों से संबंधित अतिरिक्त जानकारी	प्रयोगशाला का नाम, स्थान एवं कमरा नं.:-
भण्डार मांगपत्र प्रयोजन हेतु अतिरिक्त जानकारी	सह-भण्डार/विभाग से संबंधित: मुख्य भण्डार से संबंधित: प्रथम स्तरीय सत्यापन हेतु अधिकारी का नाम:
सेवानिवृत्ति/संविदा समाप्ति/कार्यकाल पूरा होने की तिथि	
मोबाइल नंबर	
ई-मेल आई.डी.	
जन्मतिथि, कार्यग्रहण की तिथि और पैन नम्बर (केवल आउटसोर्स कर्मचारी हेतु जो एम्स पेरोल पर नहीं है)	
कर्मचारी हस्ताक्षर:- यह प्रमाणित करें कि ऊपर दी गई सभी जानकारी सही है)	

द्वारा विधिवत अग्रेषित: केन्द्र के प्रमुख/विभाग/अनुभाग/कार्यालय के अध्यक्ष
(हस्ताक्षर एवं मुहर सहित)

नोट:- कृपया अपना पूर्ण आवेदन पत्र ई-ऑफिस द्वारा उचित माध्यम से प्रभारी आचार्य, कंप्यूटर सुविधा, एम्स, नई दिल्ली को भेजें।

ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, NEW DELHI

Computer Facility

eHospital Id Creation/Updation/Transfer Form

Note: - All fields are mandatory. Incomplete forms will not be accepted

Centre / Block Name	
Department/Section/Office/Location Name	
Employee Id (AIIMS Id / Outsource employee Id number)	
Employee Name (IN CAPITAL LETTERS)	Dr/Ms/ Mr/ Mrs:
Gender	
Designation	
Existing eHospital Id(s), if any	
In case of Transfer then please mention	Transfer from department/location: Transfer to department/location:
Roles needed (Based on your duties)	
Additional Information needed from Lab employees	Name of lab, location and room no.:
Additional Information needed for Store Indent purpose	Sub store/Department store to be mapped: Main Stores to be mapped: Officer Name for First level verification:
Date of Retirement / Contract Termination/Tenure completion	
Mobile Number	
Email Id	
Date of Birth, Date of joining, and PAN number (only for outsource employee not on AIIMS payroll)	
Employee's Signature: To certify that all above given information is true	

Duly Forwarded By: Chief of Centre/Head of Department/Section/Office
(Signed and Stamped)

Note: Kindly eOffice completely filled application form through proper channel to Professor in Charge Computer Facility, AIIMS, New Delhi