आयकर विभाग INCOME TAX DEPARTMENT



भारत सरकार GOVT. OF INDIA

Per Pe

स्थायी लेखा संख्या कार्ड Permanent Account Number Card

HWMPS9218D

नाम/ Name MANDEEP SINGH



पिता का नाम/ Father's Name BALWINDER SINGH

जन्म की तारीख / Date of Birth 27/11/1996 Manday dings

हस्ताक्षर/ Signature







Roll No. 14060476 Regd. No. 2016-DNM/L-076

Baba Farid University of Health Sciences

Pachelor of Medicine & Pachelor of Surgery

Certified that Mandeep Singh son/daughter of Shri Balwinder Singh and Shrimati Parveen Kaur, student of Dayanand Medical College & Hospital, Ludhiana having pursued the prescribed course and passed the requisite examination held in Nov/Dec 2020 has been conferred the Degree of Bachelor of Medicine & Bachelor of Surgery of this University and is hereby authorized to practice Medicine, Obstetrics and Surgery.

ਬਾਬਾ ਫ਼ਰੀਦ ਯੂਨੀਵਰਸਿਟੀ ਆਂਫ ਹੈਲੱਥ ਸਾਇੰਸਿਜ਼

घैनुलव भाद भैडीमठ भैंड घैनुलव भाद मवनवी

ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਮਨਦੀਪ ਸਿੰਘ ਪੁੱਤਰ/ਪੁੱਤਰੀ ਸ੍ਰੀ ਬਲਵਿੰਦਰ ਸਿੰਘ ਅਤੇ ਸ਼੍ਰੀਮਤੀ ਪਰਵੀਨ ਕੌਰ, ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦਯਾਨੰਦ ਮੈਡੀਕਲ ਕਾਲਜ ਅਤੇ ਹਸਪਤਾਲ, ਲੁਧਿਆਣਾ ਨੂੰ ਨਿਸ਼ਚਿਤ ਕੋਰਸ ਦਾ ਅਧਿਐਨ ਕਰਨ ਉਪਰੰਤ ਨਵੰਬਰ-ਦਸੰਬਰ 2020 ਵਿੱਚ ਹੋਈ ਇਸ ਯੂਨੀਵਰਸਿਟੀ ਦੀ ਲੋੜੀਂਦੀ ਪ੍ਰੀਖਿਆ ਬੈਚੁਲਰ ਆਫ਼ ਮੈਡੀਸਨ ਐਂਡ ਬੈਚੁਲਰ ਆਫ਼ ਸਰਜਰੀ ਵਿੱਚ ਸਫਲ ਹੋਣ ਉਪਰੰਤ ਇਹ ਡਿਗਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ ਅਤੇ ਮੈਡੀਸਨ, ਆਬਸਟ੍ਰਿਕਸ ਅਤੇ ਸਰਜਰੀ ਵਿੱਚ ਅਭਿਆਸ ਕਰਨ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

Given under the seal of the University ਯੂਨੀਵਰਸਿਟੀ ਦੀ ਸੀਲ ਅਧੀਨ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਕੀਤੀ ਗਈ

Selme Controller (Exams) åटठेडठ पीधिणडी Registrar offenzara

Hice-Chancellor

Chancellor ਰਾਂਸਲਰ

Haridkot/soleac_

27.05.2022

Registration No:







Certificate of Registration

ਰਜਿਸਟਰੇਸ਼ਨ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ

(Under the Punjab Medical Registration Act 1916 and its Amendments)

(ਪੰਜਾਬ ਮੈਡੀਕਲ ਰਜਿਸਟਰੇਸ਼ਨ ਐਕਟ 1916 ਅਤੇ ਇਸ ਦੀਆਂ ਸੋਧਾਂ ਅਧੀਨ)

Registered on: 29/04/2022

Valid upto :

28/04/2027

Name / (ਨਾਮ)

: DR. MANDEEP SINGH

Father's Name / (ਪਿਤਾ ਦਾ ਨਾਮ)

: SH. BALWINDER SINGH

Qualification / (पेराउं)

: MBBS

College / (ਕਾਲਜ)

: DAYANAND MEDICAL COLLEGE &

HOSPITAL, LUDHIANA

University / (ਯੂਨੀਵਰਸਿਟੀ)

: BABA FARID UNIVERSITY OF HEALTH

SCIENCES, FARIDKOT

Internship Completion Date (ਇੰਟਰਨਸਿਪ ਮੁਕੰਮਲ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਤੀ) 12/04/2022

Date of Birth / (ਜਨਮ ਮਿਤੀ))

: 27/11/1996

Address / (431)

: QUARTER NUMBER 8 CITY THANA JALALABAD WEST DISTT FAZILKA

DISTT FAZILKA PUNJAB 152024 JALALABAD WEST PUNJAB INDIA

I do hereby certify that this is a true copy of the entry of the above specified name in the Medical Register ਮੈਂ ਇਸ ਰਾਹੀਂ ਇਹ ਪ੍ਮਾਇਤ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਇਹ ਮੈਂਡੀਕਲ ਰਜਿਸਟਰ ਵਿੱਚ ਦਰਜ ਕੀਤੇ ਨਾਮ ਦੀ ਅਸਲ ਕਾਪੀ ਹੈ।



IMPORTANT NOTICE / ਜਰੂਰੀ ਸੂਚਨਾਂ

- 1. Report change of address and additional qualifications promplty. Report Glaing ਵਾਧੂ ਯੋਗਤਾ ਅਤੇ ਬਦਲੇ ਪਤੇ ਸਬੰਧੀ ਸਮੇਂ ਸਮੇਂ ਸਿਰ ਦਫਤਰ ਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ।
- 2. All enquiries made by the Registrar should be answer without fail. ਰਜਿਸਟਰਾਰ ਵਲੋਂ ਕੀਤੀ ਗਈ ਇਨਕੁਆਰੀ ਦਾ ਬਿਨਾ ਦੇਰੀ ਜਵਾਬ ਦਿੱਤਾ ਜਾਵੇ।
- The validity of registration must be renewed in time. ਰਜਿਸਟਰੇਸਨ ਦੀ ਮਿਆਦ ਸਮੇਂ ਸਿਰ ਵਧਵਾਈ ਜਾਵੇ।





