

INDIAN AGRICULTURAL STATISTICS RESEARCH INSTITUTE
(I.C.A.R.)
LIBRARY AVENUE: NEW DELHI-110012

PHOTO

LIBRARY MEMBERSHIP FORM

The Librarian
I.A.S.R.I.,
Library Avenue, New Delhi-110012

Sir,
I request you to admit me as a member of the IASRI Library and issue me Library Tickets to enable me to draw books on loan from your Library. I shall abide by the Library rules.

Name (In Caps): _____

Designation: _____

Telephone/Mo. No. & Room No.: _____

House Address:- _____

Email Id: _____

Division/Course: _____

Guide/ERP No. : _____

Validity/ D.O.R. : _____

Yours faithfully

RECOMMENDATION FOR MEMBERSHIP

I am satisfied that Sh./Dr//Ms. _____ is in need of the service of the Library and recommend that he/she may kindly be admitted as a member of the IASRI Library.

Signature: _____

Name: _____

Designation: _____

FORWARDING NOTE OF ESTABLISHMENTS

F.No.

The above application is forwarded to the Head, Library, IASRI, New Delhi-110012. This office will obtain a .NO DUES CERTIFICATE. From IASRI Library Before the Officer/student is relieved from the Institute.

Signature: _____

Name: _____

Designation: _____

भारतीय कृषि सांख्यिकी अनुसंधान संस्थान
(भा. कृ. अ. प.)
लाइब्रेरी एवेन्यू, नई दिल्ली-110012

फोटो

सेवा में

पुस्तकालय सदस्यता फार्म

पुस्तकालयाध्यक्ष
भारतीय कृषि सांख्यिकी अनुसंधान संस्थान
लाइब्रेरी एवेन्यू, नई दिल्ली-110012

महोदय,

मैं आपसे प्रार्थना करता/करती हूँ कि मुझे पुस्तकालय का सदस्य बनाने की कृपा करें तथा मुझे पुस्तकालय का कार्ड जारी करें ताकि मैं पुस्तकालय से पुस्तकें प्राप्त कर सकूँ। मैं पुस्तकालय के नियमों का पालन करूंगा/करूंगी।

सदस्य का नाम (बड़े अक्षरों में) : _____

पदनाम : _____

टेलिफोन सं. तथा कक्ष सं. : _____

घर का पता : _____

ई-मेल पता : _____

प्रभाग/पाठयक्रम : _____

मार्गदर्शक/ई.आर.पी. संख्या : _____

वैधता/सेवानिवृत्त होने की तिथि : _____

भवदीय

सदस्यता के लिए सिफारिश

मैं श्री/डॉ/श्रीमती/कुमारी _____ को पुस्तकालय की सेवाओं की आवश्यकता से संतुष्ट हूँ और सिफारिश करता हूँ कि इन्हें पुस्तकालय की सदस्यता प्रदान की जाए

हस्ताक्षर : _____

नाम: _____

पदनाम : _____

संस्थान को नोट प्रेषित करना

फ.सं.

उपरोक्त आवेदन पत्र पुस्तकालयाध्यक्ष, भा.कृ.सां.अ.सं. को प्रेषित किया जा रहा है। संस्थान अधिकारी/विधार्थी को पुस्तकालय से नो ड्यूज प्रमाण पत्र प्राप्त करने पर ही संस्थान से मुक्त करेगा।

हस्ताक्षर : _____

नाम: _____

पदनाम : _____