

தமிழ்நாடு கால்நடை மருத்துவ அறிவியல் பல்கலைக்கழகம்

க.எண்.ஓய்வூதியம்/எப்6-1/2025

நிதி அலுவலகம்

தமிழ்நாடு கால்நடை மருத்துவ

அறிவியல் பல்கலைக்கழகம்,

மாதவரம் பால்பண்ணை, சென்னை - 51.

நாள்: 02.06.2025

சுற்றறிக்கை

பொருள்: த.நா.கா.ம.அ.ப.கழகம் - ஓய்வூதியம் பிரிவு -
ஓய்வூதியர்களின் விவரங்கள் அனுப்புவது -
தொடர்பாக.

பார்வை: Tamil Nadu - Public Fund Tracking System (TNPFTS) Email
dated 20.05.2025.

&&&&&

இப்பல்கலைக்கழக அனைத்து ஓய்வூதியதாரர்களும் மற்றும் குடும்ப
ஓய்வூதியதாரர்களும் தங்களது விவரங்களை இத்துடன் இணைக்கப்பட்டுள்ள படிவத்தில்
பூர்த்தி செய்து நிதி அலுவலகம் ஓய்வூதியப் பிரிவிற்கு அனுப்பி வைக்குமாறு
கேட்டுக்கொள்ளப்படுகிறது.

ஓம்/- J. ஜெகதீசன்,
நிதி அலுவலர்

இணைப்பு : படிவம்

பெறுநர் :

அனைத்து பல்கலைக்கழக ஓய்வூதியதாரர்கள் மற்றும்
குடும்ப ஓய்வூதியதாரர்கள்.

- நகல்:** 1. பேராசிரியர் மற்றும் தலைவர், (CECONDS), to be uploaded in our website and Pensioners Portal, தமிழ்நாடு கால்நடை மருத்துவ அறிவியல் பல்கலைக்கழகம், சென்னை - 51.
2. செயலர் அவர்கள், த.நா.கா.ம.அ. பல்கலைக்கழகம் (ஆசிரியர்) ஓய்வூதியச் சங்கம், செ.கா.ம. கல்லூரி, சென்னை-7.
3. செயலர் அவர்கள், த.நா.கா.ம.அ. பல்கலைக்கழகம் (ஆசிரியரல்லாது) ஓய்வூதியச் சங்கம், செ.கா.ம. கல்லூரி, சென்னை-7.
4. பேராசியர் மற்றும் தலைவர், CECONDS, TANUVAS, Chennai-51.

/உண்மைநகல்/உத்தரவின்படி/அனுப்பப்படுகிறது/

ச. ஜெகதீசன்
02/06/25
கணக்கு அலுவலர்.

11/06/25

Tamil Nadu Public Fund Tracking System
Vendor Creation- Self declaration by the Vendor
Beneficiary Declaration

Beneficiary format	
Beneficiary Type:	
Beneficiary Title:	Mr/ Mrs/Ms
Name of the Beneficiary:	
Gender:	
Date of Birth:	
Statutory Details	
ADHAAR Number:	
PAN Number:	
Address Details	
Plot No	
Street Name:	
Locality:	
City:	
Pin code:	
State:	
Contact Details	
Mobile No:	
Alternate Number:	
Email ID:	
Vendor Bank Account Details	
Bank Name:	
Branch Name:	
Account Number:	
IFSC code:	

I, ----- aged years, son/ daughter/ wife of -
 -----, do hereby declare that the information provided herein
 above and in the documents appended herewith is true and correct to the best of
 my knowledge and belief and nothing has been falsely stated or concealed
 therein. I understand that if the said information as given by me is proved to be
 false, then I will have to face consequences as per any provision of the
 applicable Law for the time being in force.

(Signature of the vendor)

Stamp

Verified by- officials details:

Name of the Maker:		Designation:	
Name of the Implementing Agency:		Name of the Department:	
Scheme Name:		Work name:	
Signature:			

Proof of documents to be scanned and uploaded.