

**आपूर्ति अतिरिक्त प्लाज्मा का माहवार विवरण**

वित्तीय वर्ष ----- (अप्रैल से मार्च तक) SBTC Reg. No.:-----

रक्तकोष का नाम: ----- जनपद: -----

प्राप्तकर्ता फर्म का नाम (जिससे अनुबन्ध हुआ है):-----

अनुबन्ध का अनुमोदन एस.बी.टी.सी. द्वारा प्राप्त कर लिया गया है: हाँ-----नहीं-----

अनुबन्ध की समयावधि: ----- से -----तक

माह	आपूर्ति करने की तिथि	आपूर्ति प्लाज्मा (लीटर में)	अतिरिक्त प्लाज्मा की दर (प्रति लीटर में)	टिप्पणी
अप्रैल				
मई				
जून				
जुलाई				
अगस्त				
सितम्बर				
अक्टूबर				
नवम्बर				
दिसम्बर				
जनवरी				
फरवरी				
मार्च				

**नोट:—**

- रक्तकोष द्वारा सम्बन्धित फर्म के साथ किये अनुबन्ध का अनुमोदन राज्य रक्त संचरण परिषद से लिया जाना अनिवार्य है तथा अनुबन्ध की प्रति अपलोड करें।
- उक्त सूचना प्रत्येक माह की 05 तारीख तक आनलाइन परिषद की वेबसाइट पर अपलोड करना सुनिश्चित करें।
- यदि भारत सरकार द्वारा प्लाज्मा हेतु कोई निर्देश प्राप्त होते हैं तो अनुबन्ध में संशोधन किया जाएगा।
- प्रतिमाह सूचना शून्य होने की दशा में भी अपलोड की जाएगी।

**रक्तकोष प्रभारी**  
(हस्ताक्षर एवं मुहर सहित)