



# अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, ऋषिकेश

ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, RISHIKESH

ब्रीफकैस/ऑफिस बैग/लेडीज पर्स का प्रतिपूर्ति दावे का आवेदन

Form for Reimbursement Claim of Briefcase/ Office Bag/ Ladies Purse

1. अधिकारी का नाम/Name of Officer
2. पदनाम /Designation
3. कर्मचारी कोड /Employee Code
4. नियुक्ति दिनांक/Date of Joining
5. दूरभाष/Telephone
6. 7th CPC के अनुसार वेतन स्तर  
Pay Level as per 7th CPC
7. कार्यालय / अनुभाग (नियुक्ति स्थान)  
Office/Section (Place of Posting)
8. कार्यालय / अनुभाग (नियुक्ति स्थान)  
Office / Section (Place of Posting)
9. खरीद की पिछली तारीख  
Previous date of purchase

इनवॉइस विवरण/Details of Invoice	
स्टोर / दुकान का नाम/Name of Store/Shop	
बिल / इनवॉइस नं. सह दिनांक/Bill / Invoice no. with date	
मुल्य/Rate (₹)	
जीएसटी राशि/GST Amount (₹)	
Total (कुल) (₹)	

दिनांक/Date:-

हस्ताक्षर/Signature:-

**घोषणा/Undertaking**

मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि इस बिल में उल्लेखित और दावा की गयी बिल राशि का पिछले तीन वर्षों में दावा नहीं किया गया है। I hereby declare that the above bill/amount indicated in this bill & claimed above has not been claimed earlier during the last three year.

मेरे द्वारा पिछली रसीद की तारीख के तीन साल पूरे होने के बाद इस बिल का दावा किया गया है/This bill has been claimed after completion of three years from the date of my last receipt.

बैंक खाते का विवरण/Bank Account Details	
बैंक का नाम, शाखा और पता Name of the Bank, branch and address	
बैंक खाता संख्या/Bank Account Number	
आईएफएससी कोड/IFSC code	
	हस्ताक्षर/Signature

कार्यालय उपयोग हेतु/For Office Use

रुपये ..... के भुगतान की स्वीकृति एतद्वारा प्रदान की जाती है।

Sanction for payment of Rs. ....is hereby accorded.

डीलिंग क्लर्क/Dealing clerk

ले.अ./डीडीओ /AO/DDO

