



# अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, ऋषिकेश

ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, RISHIKESH

(मोबाईल / इंटरनेट प्रतिपूर्ति के लिए दावा पत्र)

## Claim Form for Mobile/Internet Reimbursement

नाम/Name:	
विभाग/Department:	
कर्मचारी आयडी/ Employee Id:	पदनाम /Designation:
नियुक्ति दिनांक/DOJ:	वेतन स्तर /Pay Level:

कृपया छात्रा, जनवरी-जून, जुलाई-दिसंबर के नीचे दिये गये विवरणानुसार टेलीफोन/मोबाईल/इंटरनेट शुल्क प्रतिपूर्ति करने की व्यवस्था करें।

Kindly arrange to reimburse Telephone/Mobile/Internet charges of the half yearly, January- June, July- December details given below.

मोबाईल नं० Mobile No.	इंटरनेट / ब्रोड बैंड Internet/Broadband No.
--------------------------	--

क्र.स. Sr. No.	माह / Month	बिल राशि/Billed Amount		कुल/Total	दावा राशि Claimed Amount
		मोबाईल Mobile	इंटरनेट/ब्रोडबैंड Internet/Broadband		
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

### कुल-मोबाईल/इंटरनेट शुल्क / Total-Mobile/Internet Charges

- प्रमाणित किया जाता है कि उपरोक्त टेलीफोन का उपयोग मेरे द्वारा कार्यालय प्रयोजन के लिए किया जाता है - मोबाइल सेवाओं के रूप में या इंटरनेट सेवाओं के रूप में/Certified that the above telephones are used by me for Office Purpose - as Mobile Services or as Internet Services.
- प्रमाणित किया जाता है कि मैंने उपरोक्त अवधि के दौरान टेलीफोन शुल्क के लिए उपरोक्त व्यय किया है/Certified that I have incurred the above expenditure towards telephone charges during the period mentioned above.

दिनांक/Date	हस्ताक्षर/Signature
-------------	---------------------

Note: 1. इस पत्र के साथ स्वप्रमाणित मासिक बिल संलग्न करें।  
Self-certified monthly bill should be attached along with this form.

### 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