



अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, ऋषिकेश

ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, RISHIKESH

(समाचार पत्र के प्रतिपूर्ति दावों के लिए आवेदन)

Form for Reimbursement Claim of Newspaper

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)

1. मैं यह प्रमाणित करता हूँ कि मेरे द्वारा माह के लिए ₹..... समाचार पत्रों की खरीद के एवज में खर्च किए गये हैं/ I certify that I have spent ₹..... towards purchases of newspaper(s) for the months of:
- i) जनवरी से जून, 20..... /January to June, 20.....
OR (या)
ii) जुलाई से दिसम्बर, 20..... / July to December, 20.....
2. मैं आगे यह घोषणा करता हूँ कि (1) जिस समाचार पत्र की प्रतिपूर्ति का दावा किया गया है, वह मेरे द्वारा क्रय किये गये हैं (ii) जिस राशि की प्रतिपूर्ति का दावा किया गया है उसका भुगतान मेरे द्वारा वास्तव में किया गया है और किसी अन्य स्रोत द्वारा दावा नहीं किया गया है / नहीं किया जायेगा/ I further declare that (i) the newspaper(s) in respect of which reimbursement is claimed is/are purchased by me. ii) the amount for which reimbursement is being claimed has actually been paid by me and has not/will not be claimed by any other source.

दिनांक/Date:-

हस्ताक्षर/Signature:-

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