



अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान
ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES

साकेत नगर भोपाल (मध्यप्रदेश) – 462020
Saket Nagar, Bhopal (M.P.) – 462020

ब्रीफकैस के लिए किये गये दावे की प्रतिपूर्ति

Reimbursement claim for Briefcase

माह.....वर्ष.....
Month.....Year.....

1. अधिकारी का नाम / Name of Officer :.....
- 2 पदनाम / Designation :.....
3. संवर्ग / Category :.....
4. पात्रता / Authorization एक / One
5. कार्यालय / अनुभाग (तैनाती का स्थान) :.....
Office/Section (Place of posting) :.....

लागत (रूपया) Cost(Rs.)	बिल सं. Bill No.	दिनांक Dated
---------------------------	---------------------	-----------------

हस्ताक्षर
Signature

वचन पत्र / Undertaking

मैं एतद्वारा घोषित करता हूँ/करती हूँ कि उपर्युक्त बिल में दर्शाई गई राशि का मेरे द्वारा विगत तीन वर्षों के दौरान भुगतान का दावा नहीं किया गया है।

I hereby declare that above bill/amount indicated in this bill & claimed above has not been claimed earlier during the last three year.

मेरे द्वारा पूर्व में प्रस्तुत रसीद की तारीख से तीन वर्ष के पश्चात् इस बिल का दावा किया गया है।

This bill has been claimed after completion of three years from the date of my last receipt.

हस्ताक्षर
Signature

कार्यालय प्रयोग के लिए
For Office Use

कार्यालय ज्ञापन सं. 11/प्रशासन/एम्स/भोपाल/2019/2860 दिनांक 23.07.2019 के अनुसार बिल की राशितक सीमित है।

The bill restricted for the amount of Rs. as per Office Memorandum No. 11/Admin/Bpl/2019/2860 Dated: 23.07.2019

दिनांक/Dated:

डी.डी.ओ./D.D.O.