अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, नागपुर
ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, NAGPUR

ब्रीफ़केस के लिए प्रतिपूर्ति दावा/**Reimbursement claim for Briefcase**

(माह/Month …….. वर्ष/ Year ……..)

A/C No.:
IFSC Code:

1.	कर्मचारी का नाम / Name of employee	
2.	पदनाम/Designation	
3.	कार्मिक आई. डी./Employee ID	
4.	7वें सीपीसी के अनुसार पे लेवल Level as per 7th CPC	
5.	अनुज्ञा / Authorization	One
6.	मौद्रिक सीमा / Monetary Limit	
7.	तैनाती का स्थान/कार्यालय Place/ Office of posting on	
8.	प्रतिपूर्ति अवधि/Reimbursement period	

8. आइटम विवरण / Item Description:

Sr.No.	Description	Bill No	Date	Cost (Rs.)	Date of last Purchase
01					

दिनांक/Date: हस्ताक्षर/Signature

वचन/**Undertaking**

मैं एतद्द्वारा घोषणा करता/करती हूं कि इस बिल में उल्लिखित उपरोक्त बिल/राशि और ऊपर किया गया दावा, पिछले तीन वर्षों के दौरान पहले नहीं किया गया है। इस बिल का दावा मेरी अंतिम प्राप्ति की तारीख से तीन साल पूरे होने के बाद 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. This bill has been claimed after completion of three years from the date of my last receipt.

हस्ताक्षर/Signature

कार्यालय **के प्रयोग के लिए /For Office Use**

The bill is restricted for the amount of Rs. _____ Rupees _____
as per office order No. AIIMS/NGP/ Estt./ OM/Briefcase/19/1915 dated 14.12.2019

दिनांक/Date: डी.डी.ओ./**D.D.O.**