

राष्ट्रीय असंचारी रोग कार्यान्वयन अनुसंधान संस्थान, जोधपुर
National Institute for Implementation Research on Non-Communicable Diseases, Jodhpur
ब्रीफकेस/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. खरीद की पिछली तारीख
Previous date of purchase _____

इनवाइस विवरण/Details of Invoice	
स्टोर / दुकान का नाम/Name of Store/Shop	
बिल / इनवाइस 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.

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