

राष्ट्रीय असंचारी रोग कार्यान्वयन अनुसंधान संस्थान, जोधपुर
National Institute for Implementation Research on Non-Communicable Diseases, Jodhpur

(मोबाइल / इंटरनेट प्रतिपूर्ति हेतु दावा प्रपत्र)
Claim Form for Mobile / Internet Reimbursement

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

कृपया अर्धवार्षिक अवधि (जनवरी-जून / जुलाई-दिसंबर) के लिए नीचे दिए गए विवरणानुसार टेलीफोन/मोबाइल/इंटरनेट शुल्क की प्रतिपूर्ति करने की व्यवस्था करें।

Kindly arrange for reimbursement of Telephone/Mobile/Internet charges for the half-yearly period (January–June / July–December) as per the details given below.

मोबाइल नं० Mobile No.	इंटरनेट/ब्रॉडबैंड Internet/Broadband No.	
--	---	--

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

कुल-मोबाइल/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 प्रपत्र के साथ स्व-प्रमाणित मासिक बिल संलग्न किया जाना अनिवार्य है।
Self-certified monthly bills must be attached along with this form.

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