



अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान (एम्स), गुवाहाटी
All India Institute of Medical Sciences, Guwahati
Changsari, District- Kamrup Assam- 781101

ब्रीफकेस / ऑफिस बैग / लेडीज पर्स के लिए प्रतिपूर्ति दावा
REIMBURSEMENT CLAIM FOR BRIEFCASE/OFFICE BAG/LADIES PURSE

माह /Month :

वर्ष/Year :

1. अधिकारी का नाम/Name of Officer :
2. पदनाम/Designation :
3. वेतन मैट्रिक्स स्तर/Pay Matrix Level :
4. प्राधिकरण/Authorization : 3 वर्ष में एक/One in 3 Years
5. कार्यालय/अनुभाग (पोस्टिंग का स्थान)/Office/Section (Place of posting)
6. खरीद का विवरण /Details of Purchase :

लागत (रुपये)/Cost (Rs.)	बिल संख्या/ Bill No.	दिनांक/ Dated

वचनबद्धता / UNDERTAKING

मैं यह घोषणा करता हूँ कि इस बिल में उल्लिखित उपरोक्त बिल / राशि को पूर्व में और पिछले तीन वर्षों के दौरान पहले दावा नहीं किया गया है।

मेरी पिछली रसीद की तारीख से तीन वर्ष पूरा होने के बाद इस बिल का दावा 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 years.

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

दावेदार के हस्ताक्षर /Signature of Claimant

कार्यालय प्रयोग के लिए / FOR OFFICE USE

कार्यालय आदेश संख्या 1-26/2022-23/AIIMS/GHY/ADMN./CIRCULARS/979 Dated 25.11.2022 के अनुसार बिल की राशि रुपयेके लिए प्रतिबंधित है।

The bill is restricted for the amount of Rs..... as per Office Order 1-26/2022-23/AIIMS/ GHY/ADMN./CIRCULARS/979 Dt.25/11/2022

संबंधित सहायक Dealing Assistant	सहायक प्रशासनिक अधिकारी Asst. Admin. Officer	लेखा अधिकारी Accounts Officer	आहरण एवं संवितरण अधिकारी DDO
------------------------------------	---	----------------------------------	---------------------------------