

आई.सी.एम.आर.-राष्ट्रीय कॉलरा और अंतर रोग संस्थान, ब्रीफकेस हेतु प्रतिपूर्ति दावा

ICMR-NICED, REIMBURSEMENT CLAIM FOR BRIEFCASE

माह/Month.....वर्ष/Year.....

अधिकारी का नाम/Name of Officer :

पद/Designation :

मूल वेतन/ वेतन स्तर/Basic Pay/ Pay Level :

प्राधिकार/Authorization : एक/One

कार्यालय/ अनुभाग/Office /Section :

दिनांक/Date	बिल सं/Bill No.	राशि/ Amount (Rs.)

**घोषणा/Undertaking**

मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि उपरोक्त बिल/इस बिल में दर्शाई गई राशि और दावा की गई राशि का दावा पिछले तीन वर्षों के दौरान पहले नहीं किया गया है। इस बिल का दावा मेरी पिछली रसीद 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 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