

अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान / ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES
अंसारी नगर, नई दिल्ली / ANSARI NAGAR, NEW DELHI-110029

लेखा अनुभाग- III / ACCOUNTS SECTION - III

विषय : डेलीगेशन शुल्क की प्रतिपूर्ति /
Sub : Reimbursement of Delegation Fee.

दिनांक/Dated

संलग्न रसीद को मूलरूप से इस आशय के साथ वापस किया जाता है कि इसके पीछे निम्नलिखित प्रमाण-पत्र और दावेदार के हस्ताक्षर सहित आवश्यक कार्यवाई हेतु इस अनुभाग में पुनः भेजे।

Enclosed receipt is returned in Original for endorsement of the following certificate on its reverse and sent to this section duly signed by the claimant for further necessary action.

प्रमाणित किया जाता है कि यह वर्ष का पहला दावा है और रु.
को वास्तव में डेलीगेशन शुल्क के रूप में अदा किया गया और इसमें अन्य कोई प्रभार शामिल नहीं है।

Certified that this is the first claim for the year and amount of Rs.....
has exclusively been paid towards. Delegation Fee and it does not include any other charge.

दावेदार के हस्ताक्षर/Signature of Claimant

कृपया यहां पर कैलेण्डर वर्ष को दर्शाये/Please indicate here calender year.

प्रतिपूर्ति की राशि को दर्शाये/Indicate the amount to be reimbursed

डॉ./श्री/Dr./Shri.....

पदनाम/Designation.....

विभाग/Deptt. of.....

Salary Code :

A/C No. :

Mob. No. :