

भारतीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान परिषद (मुख्यालय)
Indian Council of Medical Research (HQ)

दिनांक :

Dated :

ब्रीफ़केस/कार्यालयी बैग/ लेडीज पर्स भत्ते की प्रतिपूर्ति के दावे के लिए प्रोफार्मा
Proforma for claiming reimbursement of briefcase/ official bag/ Ladies Purses Allowances

1.	सरकारी कर्मचारी का नाम/Name of the Govt. Servant	
2.	नियुक्ति की तारीख/ Date of Joining	
3.	पदनाम/ Designation	
4.	सरकारी कर्मचारी का वेतन स्तर/ Pay level of Govt. Servant	
5.	सरकारी कर्मचारी का मूल वेतन/ Basic Pay of Govt. Servant	
6.	प्रभाग का नाम (परिषद मुख्यालय में)/ Name of the Division (in ICMR HQ)	
7.	प्रथम दावा (हाँ/नहीं)/ First Claim (Yes/No)	
8.	यदि प्रथम दावा नहीं है, तो बैग प्रतिपूर्ति प्राप्ति की अंतिम तारीख/ If not first claim then last date of bag reimbursement received	
9.	क्या आखिरी निर्गम/खरीद तीन वर्ष से पहले की गई थी?/ Whether last issuance/ purchase was made before three years?	
10.	क्या मूल बिल/ केश मेमो संलग्न किया गया है? (मूल प्रति जमा करवाना अनिवार्य है)/ Whether bill/ cash memo in original is enclosed (must be submitted)?	
11.	बिल/केश मेमो और दिनांक/ Bill/ Cash Memo No. and Date	
12.	दावे की राशि (रु में, जीएसटी सहित)/ Amount of claim (in Rs. Incl GST	
13.	वेंडर का विवरण/ Vendor Details	

प्रमाणित किया जाता है कि ऊपर दी गई जानकारी पूर्ण एवं सही है और मेरे द्वारा कोई प्रासंगिक जानकारी छिपाई नहीं गई है। किसी भी स्थिति में, यदि उपर्युक्त विवरण में कोई बदलाव होता है, जिससे उपर्युक्त भत्ते की प्रतिपूर्ति हेतु मेरी पात्रता पर प्रभाव पड़ता हो, तो मैं तत्काल प्रभाव से उक्त की सूचना देने और अतिरिक्त भुगतान को वापस लौटाने, यदि कोई हो, का वचन देता/देती हूँ। इसके अतिरिक्त, मैं जानता/जानती हूँ कि यदि किसी भी चरण में ऊपर दी गई जानकारी/दस्तावेज गलत पाए जाते हैं, तो मुझ पर अनुशासनिक कार्रवाई की जा सकती है।

Certified that the information furnished above are complete and correct and I have not suppressed any relevant information. In the event of any change in the particulars given above which affect my eligibility for reimbursement of above allowance. I undertake to intimate the same promptly and also to refund excess payments made, if any. Further, I am aware that if at any stage the information/ documents furnished above is found to be false, I am liable for disciplinary action.

दिनांक सहित हस्ताक्षर
Signature with Date

*इस प्रोफार्मा के साथ अग्रेषण पत्र, पीएफएमएस विवरण की प्रति, मूल बिल/ इनवॉइस संलग्न करना अनिवार्य है।

*It is mandatory to attach forwarding letter, PFMS detail copy, original bill/ invoice along with this proforma.