



www.aiismangalagiri.edu.in

అఖిల భారత వైద్య విజ్ఞాన సంస్థ మంగళగిరి, ఆంధ్రప్రదేశ్  
अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, मंगलगिरी, आंध्रप्रदेश  
All India Institute of Medical Sciences, Mangalagiri, Andhra Pradesh  
(An Autonomous Institute under MoHFW, Govt. of India)

दिनांक / Date : .....

**ब्रीफकेस प्रतिपूर्ति दावा प्रपत्र / REIMBURSEMENT CLAIM FOR BRIEFCASE**

माह / Month : ..... वर्ष / Year : .....

- 1 अधिकारी का नाम / Name of Officer : .....
  - 2 पदनाम / Designation : .....
  - 3 श्रेणी / Category : .....
  - 4 प्राधिकरण / Authorization : .....
  - 5 कार्यालय / अनुभाग (पदस्थापन का स्थान) : .....
- Office / Section (Place of posting)

लागत / Cost (Rs.) : .....

बिल संख्या / Bill No. : .....

दिनांक / Dated : .....

हस्ताक्षर / Signature : .....

**घोषणा / Undertaking**

मैं यह घोषित करता/करती हूँ कि उपर्युक्त बिल/राशि, जो इस बिल में दर्शाई गई है तथा जिसका दावा किया गया है, पिछले तीन वर्षों के दौरान पूर्व में दावा नहीं किया गया है। यह दावा मेरी अंतिम प्राप्ति की तिथि से तीन वर्ष पूर्ण होने के उपरांत प्रस्तुत किया गया है।

I hereby declare that the above bill/amount indicated in this bill and 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.

हस्ताक्षर / Signature : .....

**केवल कार्यालय उपयोग हेतु / For Office Use**

यह बिल रुपये .....तक सीमित किया गया है, AIIMS मंगलगिरी, स्थापना ज्ञापन संख्या 02/2018 दिनांक 31.08.2018 के अनुसार।

The bill is restricted for the amount of Rs. .... as per AIIMS Mangalagiri, Establishment Memorandum 02/2018 dated 31.08.2018.

**Drawing & Disbursing Officer (DDO)** : .....