



अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, जोधपुर
All India Institute of Medical Sciences, Jodhpur

APRON ALLOWANCE FOR THE YEAR

एप्रन भत्ता वर्ष के लिए

To
(सेवा में),
The Accounts Officer (Reimbursement)
लेखा अधिकारी (प्रतिपूर्ति),
Accounts Section
(लेखा विभाग),
AIIMS, Jodhpur
(एमएस, जोधपुर), -342005

Name of the Faculty/SR/Acad JR : _____
(संकाय सदस्य/एसआर/एकेडमिक जेआर)
Designation : _____
(पद)
Department : _____
(विभाग)
Date of Joining : _____
(नियुक्ति दिनांक)

S. No. क्र.सं.	Invoice No. & Date (इनवॉइस संख्या और दिनांक)	Amount (राशि) (₹)	Transaction Detail, if purchased online (ट्रांजेक्शन विवरण यदि ऑनलाईन क्रय किया गया हो)

Note (ध्यान दें):- 1. Invoice Bill should be self-certified. (इनवॉइस बिल स्व-प्रमाणित होने चाहिए)

2. Reimbursement will be made on half-yearly on financial year basis on certification in prescribed format (1-15 October for claims of April to September & 1-15 March for claims of October to March)

I certify that I have spent ₹ _____ towards purchases of two Aprons for the year _____.

(मैं प्रमाणित करता हूँ कि मेरे द्वारा ₹ _____ दो एप्रन क्रय करने के लिये वर्ष _____ में खर्च किये गये।)

I further declare that (i) the apron(s) in respect of which reimbursement is claimed is/are purchased by me. ii) the amount for which reimbursement is being claimed has actually been paid by me and has not/will not be claimed by any other source.

(मैं यह भी घोषणा करता हूँ कि (i) एप्रन जिनके सम्बन्ध में प्रतिपूर्ति के लिए दावा किया गया है, वह मेरे द्वारा क्रय किये गये हैं। ii) राशि जिसकी प्रतिपूर्ति के लिए दावा किया गया है उसका भुगतान वास्तव में मेरे द्वारा किया गया है और किसी अन्य स्रोत से दावा नहीं किया गया है और ना ही किया जायेगा)

Date (दिनांक):

Signature (हस्ताक्षर): _____