

टेलीफोन व्यय प्रतिपूर्ति हेतु आवेदन प्रपत्र
APPLICATION FOR REIMBURSEMENT OF TELEPHONE EXPENSES

नाम/NAME: _____ पदनाम/DESIGNATION: _____

वेतन स्तर/Pay Level: _____ विभाग/Department: _____

सेवा में/To

निदेशक /The Director

राष्ट्रीय होम्योपैथी संस्थान/National Institute of Homoeopathy

कोलकाता/Kolkata

कृपया रुपये _____ की दूरभाष व्यय प्रतिपूर्ति अवधि _____ से _____ तक स्वीकृत करने का कष्ट करें। राशि मेरे बैंक खाते में जमा की जाए।

Kindly arrange to reimburse Telephone charges of Rs. _____ for the period from _____ to _____. The amount may be credited to my bank account.

लैंडलाइन दूरभाष संख्या/Landline Telephone No. _____

मोबाइल फोन संख्या/Mobile Phone No. _____

लैंडलाइन सं./Landline No.		मोबाइल सं./Mobile No.		ब्रॉडबैंड सं./Broadband No.	
माह Month	बिल राशि/Billed Amount			कुल Total	दावा की गई राशि/Total Claimed Amount
	लैंडलाइन/Landline	मोबाइल/Mobile	ब्रॉडबैंड/Broadband		

घोषणा /Declaration:

1. प्रमाणित करता/करती हूँ कि उपर्युक्त दूरभाष मेरे नाम पर हैं। /Certified that the above telephones are in my name.
2. प्रमाणित करता/करती हूँ कि इनका उपयोग कार्यालयीय कार्य हेतु किया जाता है।/Certified that the above connections are used by me for office purpose.
3. प्रमाणित करता/करती हूँ कि उपर्युक्त अवधि में यह व्यय मैंने वहन किया है।/Certified that I have incurred the above expenditure towards telephone charges during the period mentioned above.

दिनांक/Date: _____

हस्ताक्षर/Signature _____

*टिप्पणी: दावा प्रत्येक वित्तीय वर्ष में 1 अप्रैल से प्रारंभ होने वाली प्रत्येक तिमाही के आधार पर प्रस्तुत किया जाए।/Claim should be submitted on quarterly basis starting from 1st April in each financial year.