



भा.कृ.अनु.प.-भारतीय मृदा विज्ञान संस्थान

नबीबाग, बैरसिया रोड, भोपाल - 462038

ICAR-Indian Institute of Soil Science

Nabibagh, Berasia Road, Bhopal - 462 038 (M.P.)

Tel. No.(0755)2730970/2734221 (Ext. No. 233 & 256) Fax. No. (0755) 2733310



समाचार पत्र लागत की प्रतिपूर्ति का फार्म

(Form for reimbursement of cost of newspapers)

(भाकृअनुप मुख्यालय, नई दिल्ली के पृष्ठांकन सं.एफआईएन/22/01/2016-सीडीएन(एएंडए) दि.3.5.2018 के तहत प्राप्त हुए भारत सरकार, वित्त मंत्रालय, व्यय विभाग, नई दिल्ली के कार्यालय ज्ञापन संख्या : 25(12)/ई.कोऑर्डि-2018 दि. 3.4.18 के अनुसरण में)

(In pursuance of ICAR HQR, New Delhi letter No. dated videwhich GOI, MOF, DOE OM No.25(12)/E.Coord-2018 dated 3.4.2018 is received)

(परिषद के अधिकारी के द्वारा इस प्रपत्र को छःमाही के आधार पर प्रशासन को प्रस्तुत करना होगा)
(Statement to be furnished on half-yearly basis by the Council Officer to Administration)

आवेदक का नाम (Name of the Applicant) : Shri/Smt/Dr.....

पदनाम (Designation) :

प्रभाग/अनुभाग (Division/Section) :

वेतन लेवल व मूल वेतन(रु.में)
(Pay Level & Basic Pay (in Rs)) : Level-....., Basic Pay : Rs.

बैंकर ब्यौरा Details of Banker : Salary A/C No.
SBI, CIAE, Bhopal, IFSC : SBIN0010144
or
.....
.....

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने निम्न महीनों के लिए समाचार पत्र(पत्रों) की खरीद पर रुपये व्यय किये हैं,
जनवरी-जून, या जुलाई-दिसंबर,, में से केवल एक विकल्प पर सही का निषान लगाएं एवं पूरी अवधि भरें :-

I certify that I have spent Rs. towards purchase of Newspaper(s) for the months of (Jan.-June,..... or July-December,....., only one option is to be ticked showing the period in full.

1-1-20___से 30-06-20___या

1-7-20___से 31-12-20___

मैं यह घोषणा भी करता/करती हूँ कि/I further declare that :

i) जिन समाचार पत्र(पत्रों) के लिए प्रतिपूर्ति का दावा किया गया है, वे मेरे द्वारा खरीदे गए हैं।

The Newspaper(s) in respect of which reimbursement is claimed, is/are purchased by me.

ii) जिस राशि की प्रतिपूर्ति का दावा किया गया है, उसका वास्तविक रूप में मेरे द्वारा भुगतान किया गया है तथा इसका किसी अन्य स्रोत से दावा नहीं किया जाएगा।

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.

हस्ताक्षर Signature

प्रति (To): डीडीओ, रोकड़ अनुभाग, भा.मृ.वि.सं., भोपाल (DDO, Cash Section, ICAR-ISS, Bhopal)