

भारतीय राष्ट्रीय विज्ञान अकादमी बहादुर शाह जफ़र मार्ग, नई दिल्ली-110002

INDIAN NATIONAL SCIENCE ACADEMY

BAHADUR SHAH ZAFAR MARG, NEW DELHI-110002

बिल प्रपन्न / BILL PROFORMA

(चिकित्सा खर्चो की प्रतिपूर्ति/Reimbursement of Medical Expenses)

1) a	कर्मचारी का	। नाम/Name of the	Employee :					
2) प	2) पद/Designation :							
3) ਕ	3) वर्तमान मूल वेतन/Basic Pay as on							
	संबंधित तिमाही/Quarter to which relates : वित्त वर्ष/F.Y							
5) f	कए गए ख	र्चो का ब्योरा/Deta	ils of the Expenditure	s incurred:				
1		गी/संबंधी का नाम/ Name of Patient/ Relationship	डाक्टर/अस्पताल का नाम/ Name of Doctor/ Hospital	भुंगतान किया गया परमर्श शुल्क/ Consultation Fee Paid (1)	औषधियों/परीक्षणों की लागत/ Cost of Medicines Test (2)	कुल राशि/ Total Amount (1+2)	वाउचर सं० Voucher Nos.	
				,				
			7					
			9		कुल जोड़/ TOTAL			
3	डॉक्टर के ३	भौषध-पत्र के साथ-साथ	संबद्ध कैश मैमों और पर	ोक्षण रिपोर्टे संलग्न व	की गई है।			
3	प्रमाणित कि	या जाता है कि उपर्युक	Report alongwith the l त खर्चे ऊपर दिए गए ब्योरे nditures have been incu	: अनुसार स्वयं/परिवा	र के आश्रित सदस	य पर किए गए		
. 8	given abov	re.						
दिनांक/ Dated:				हस्ताक्षर/Signature				
		(लेखा	अनुभाग में प्रयोग हेतु/Spa	ce for use in Acco	unts Section)			
हकद	ारी/Entitle	ment	•		Sec.			
पहले	किया गया	भुगतान/Amount alr	ready paid:					
स्वीवृ	तत राशि रुप	ाये/ Passed for Rs.						
सहायक/अनु.अ./Asstt. SO			स.का.नि.III (वि.)/ AEI	D-III (Fin.)	उ.का.नि./D.E.D. ———		का.नि./E.D.	