



अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, भुवनेश्वर  
All India Institute of Medical Sciences, Bhubaneswar  
स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार के तत्वावधान में एक सांविधिक निकाय  
(A Statutory Body under aegis of Ministry of H & F.W., Govt. of India)  
सिजुआ, डाक-: डूमुडुमा, भुवनेश्वर – 751019  
Sijua, Post: Dumuduma, Bhubaneswar- 751019

**सरकारी अधिकारी द्वारा प्रशासन को अर्ध-वार्षिक आधार पर प्रस्तुत की गई विवरण**  
**[Statement to be furnished on half-yearly basis by the Government Officer to Administration]**

1. आवेदक का नाम/Name of the Applicant:-
2. पदनाम/Designation:-
3. विभाग/Department:-
4. वेतन स्तर एवं मूल वेतन रु./Pay Level & Basic Pay Rs: -

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने .....माह के लिए समाचार पत्रों के क्रय हेतु रु. \_\_\_\_\_ का व्यय किया है / I certify that I have spent Rs. \_\_\_\_\_ towards purchase of Newspaper(s) for the month of :

- i) जनवरी- जून,20/Jan-June,20\_\_\_\_\_
- ii) जुलाई-दिसंबर,20/July-December,20\_\_\_\_\_

(केवल एक ही विकल्प पर निशान लगाए /only one option is to be ticked)

मैं यह भी घोषणा करता/करती हूँ कि (i) जिस समाचार पत्र के संबंध में प्रतिपूर्ति का दावा किया गया है जो मेरे द्वारा क्रय किया गया है। ii) जिस राशि के लिए प्रतिपूर्ति का दावा किया जा रहा है वह वास्तव में मेरे द्वारा भुगतान किया गया है एवं किसी अन्य स्रोत द्वारा इसका दावा नहीं किया गया है।

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

दिनांक/Date:

हस्ताक्षर/Signature:

नाम/Name: