



उ०प्र० आयुर्विज्ञान विश्वविद्यालय
सैफई, इटावा (उ०प्र०)
U.P. University of Medical Sciences
Saifai, Etawah - 206 130 (U.P.)

c Ar

सांच

पत्र संख्या: 578 / यूपीयूएमएस/वित्तएवंलेखा/2019-20

दिनांक: 5 फरवरी, 2020

संशोधन

पत्र संख्या 565/यूपीयूएमएस/वित्तएवंलेखा/2019-20 दिनांक 28.02.2020 में विभागाध्यक्ष की स्थिति में कन्वेयन्स एलाउन्स के प्रारूप को बाँयोमेट्रिक विभाग के सत्यापन के पश्चात संकायाध्यक्ष (डीन) के माध्यम से वित्त एवं लेखा विभाग में प्रेषित किये जाने हेतु निर्देश दिये गये थे।

उक्त को संशोधित करते हुए संकायाध्यक्ष (डीन) के स्थान पर चिकित्सा अधीक्षक किया जाता है। उक्त के पश्चात विभागाध्यक्ष की स्थिति में कन्वेयन्स एलाउन्स के प्रारूप को बाँयोमेट्रिक विभाग के सत्यापन के पश्चात चिकित्सा अधीक्षक के माध्यम से वित्त एवं लेखा विभाग में प्रेषित किये जायेंगे।

Cet 13

(गुरजीत सिंह कल्सी)
निदेशक (वित्त)

प्रतिलिपि:-

1. कुलसचिव।
2. समस्त विभागाध्यक्ष।
3. समस्त नोटिस बोर्ड।

(गुरजीत सिंह कल्सी)
निदेशक (वित्त)



उ०प्र० आयुर्विज्ञान विश्वविद्यालय

सैफई, इटावा (उ०प्र०)

U.P. University of Medical Sciences

Saifai, Etawah - 206 130 (U.P.)

पत्र संख्या: 565 / यूपीयूएमएस / वित्त एवं लेखा / 2019-20


दिनांक: 28 फरवरी, 2020

कार्यालय आदेश

विश्वविद्यालय द्वारा जारी कार्यालय आदेश 2609/UPUMS/Estt-II(180)/2019-20 Dt. 27-11-2019 के क्रम में विश्वविद्यालय में कार्यरत अर्ह नियमित चिकित्सा शिक्षकों को सूचित किया जाता है कि वे कैलण्डर वर्ष 2019 हेतु कन्वेयन्स एलाउन्स हेतु जारी प्रारूप पर अपनी उपस्थिति (विजिट) को बायोमेट्रिक्स विभाग से सत्यापित कराते हुए अपने विभाग में जमा करेंगे तत्पश्चात विभागाध्यक्ष सभी प्रारूपों को संकलित कर सत्यापित करते हुए दिनांक **15.03.2020 तक** वित्त एवं लेखा विभाग में जमा कराना सुनिश्चित करेंगे।

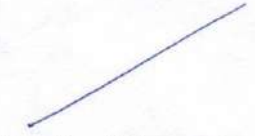
विभागाध्यक्ष की स्थिति में कन्वेयन्स एलाउन्स के प्रारूप को बायोमेट्रिक विभाग के सत्यापन के पश्चात संकायाध्यक्ष (डीन) के माध्यम से वित्त एवं लेखा विभाग में प्रेषित किया जायेगा।

नोट - संलग्न प्रारूप विश्वविद्यालय की वैबसाइट से डाउनलोड किया जा सकता है।


(गुरजीत सिंह कल्सी)
निदेशक (वित्त)

प्रतिलिपि:-

1. कुलसचिव।
2. समस्त विभागाध्यक्ष।
3. समस्त नोटिस बोर्ड।
4. प्रभारी, सी०ए०सी० विभाग को बायोमेट्रिक विजिट सत्यापित कराने एवं विश्वविद्यालय की वैबसाइट पर अपलोड कराने हेतु।


(गुरजीत सिंह कल्सी)
निदेशक (वित्त)



उत्तर प्रदेश आयुर्विज्ञान विश्वविद्यालय, सैफई, इटावा
Uttar Pradesh University of Medical Sciences
Saifai, Etawah - 206130 (U.P.)

CERTIFICATE-CUM CONVEYANCE REIMBURSEMENT FOR THE PERIOD: _____
AMOUNT RS: _____

(To be furnished by the Faculty Members for grant of Conveyance Allowance in Reference to Office Order no. 2609/ UPUMS/ Estt.II/ 2019-20 Dated 27-11-2019.)

- 1- Certified that I have visited/performed official duties outside my normal duty hours in connection with the official work during the claim period as per following:-

Sl No.	Period/Month	No. of Visits (Claimed)	No. of Visit (Verified by HOD)	Type of Vehicle Four wheeler/Two wheeler/Foot
1.	January to March			
2.	April to June			
3.	July to September			
4.	October to December			

- 2- Certified that I am regularly maintaining my own Motor Car/Moter Cycle/Scooter and it was in working condition & used for official visits during the above period. The Registration number of my Vehicle is.....
- 3- Certified that Vehicle maintained by me was not available for use owing to its being out of order/was not used for official visits (for a period of)
- 4- Certified that I was not on vacation/leave of any kind or on temporary transfer during the month for which conveyance allowance has been claimed.
- 5- Certified that I was on vacation/leave from.....to.....for which conveyance allowance has not been claimed.
- 6- It is also verified that I have not drawn any daily allowance or mileage allowance for journey on official duty whether in or beyond a radius of 08 kilometers within the municipal limits of Saifai.
- 7- It is also certified that I have not used the STAFF CAR for the said visits.
- 8- Rate of conveyance allowance:-

Sl. No.	Mode of Conveyance	Maximum Per Month (In Rs.)	Minimum per month (In Rs.)
1.	Four wheeler	3300/-+D.A.	160/-+D.A.
2.	Two wheeler	1080/-+D.A.	80/-+D.A.
3.	Foot Allowance	900/-+D.A.	60/-+D.A.

Signature of Faculty :
Name of Faculty :
Designation :
Department :
Employee I.D./ Biometric No :
Bank A/c no. :
Mobile No. :
Intercom No. :

The above information on Table 1 has been matched with the Biometric Finger and found Correct/ not correct.

(O/I Biometric)

Forwarded/ Recommended by HOD
(With Seal)

Medical Superintendent
(With Seal)

For Office Use Only.

Passed for Rs.....(Rs. in words.....)

Asstt. Acctt./JAO

AAO

AO

SAO

F.O.