

# उत्तर प्रदेश आयुर्विज्ञान विश्वविद्यालय

सैफई, इटावा – 206130 (उ०प्र०)

Uttar Pradesh University of Medical Sciences

Saifai, Etawah – 206130 (UP)

Phone: (05688) – 276563 Fax : (05688) – 276509

पत्रांक – /यूपीयूएमएस/वित्तवलेखा/2024-25 (२५३)  
३५६५

दिनांक: 17 / 01 / 2025

## कार्यालय आदेश

विश्वविद्यालय के कार्यालय आदेश संख्या 2609/UPUMS/Estt-II(180)/2019-20 दिनांक 27.11.2019 के क्रम में दिनांक 01 जनवरी 2024 से 31 दिसम्बर 2024 हेतु मोबाइल भत्ते की प्रतिपूर्ति (एक मोबाइल नम्बर/लैण्डलाईन/ब्राडबैंड) तथा दिनांक 01 जनवरी 2024 से 30 जून 2024 तक के अखबार भत्ते (निर्धारित सीमा के अन्तर्गत) की प्रतिपूर्ति की जानी है।

तदक्रम में अर्ह चिकित्सकों/अधिकारियों/कर्मचारियों को सूचित किया जाता है, कि वे निर्धारित प्रारूप को भरकर बिल की मूल प्रति संलग्न कर वित्त एवं लेखा विभाग को दिनांक 31.01.2025 तक उपलब्ध कराना सुनिश्चित करें।

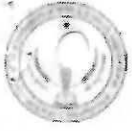
नोट – संलग्न प्रारूप विश्वविद्यालय की वेबसाइट से डाउनलोड किया जा सकता है।

डॉ० चन्द्रवीर सिंह  
(कुलसचिव)

प्रतिलिपि:— निम्नलिखित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित—

1. व्यक्तिगत स्टाफ (मा० कुलपति महोदय को सूचनार्थ)।
2. समस्त संकायाध्यक्ष।
3. वित्त अधिकारी।
4. समस्त विभागाध्यक्ष।
5. समस्त नोटिस बोर्ड।
6. प्रभारी, सी०ए०सी० विभाग को विश्वविद्यालय की वेबसाइट पर अपलोड कराने हेतु।

डॉ० चन्द्रवीर सिंह  
(कुलसचिव)



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

**REIMBURSEMENT CLAIM FOR MOBILE PHONE ALLOWANCE**

- Duration (Period) .....
1. Biometric No ID .....
  2. Name of Faculty/Officers/Employee .....
  3. Designation .....
  4. Bank Account No. ....
  5. Pay Level .....
  6. Office/ Section (Place of Posting) .....
  7. Phone No. ....

Detail of Expenditure on Mobile Phone Allowance:

Sl. NO.	Month	Bill No. & Date	Amount.
	January		
	February		
	March		
	April		
	May		
	June		
	July		
	August		
	September		
	October		
	November		
	December		
		Total	

(The bill in original is enclosed for reimbursement)

Forwarded  
HOD

Signature

Undertaking

I hereby declare that the above bill/amount indicated above has not been claimed earlier for the above mention period.

Signature

For Office Use

The bill is restricted for the amount of Rs ..... as per office order No. 2609/ UPUMS/ Estt.II/ 2019-20 Dated 27-11-2019.

(Part-A)

(Account Section)

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

Asstt. Acctt./JAO

AAO

AO

SAO

F.O.



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

(Statement to be furnished on half-yearly basis by the faculty/ officer/ Employee)

1. Biometric No ID .....
2. Name of Faculty/Officers/Employee.....
3. Designation .....
4. Bank Account No. ....
5. Pay Level .....
6. Office/ Section (Place of Posting) .....
7. Phone No. ....

I Certify that I have spent Rs. \_\_\_\_\_ towards purchase of Newspaper(S) for the months of :

I) January to June, 20 \_\_\_\_\_

OR

II) July to December, 20 \_\_\_\_\_

[ Only on option is to be ticked]

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 reimbursement is being claimed has actually been paid by me and has not been will not be claimed by any other source.

Date:.....

Place:.....

(Signature of Applicant)

Name:.....

Designation:.....

Department:.....

For Office Use only

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

Asstt. Acctt./JAO

AAO

AO

SAO

F.O.