उ0प्र0 आयुर्विज्ञान विश्वविद्यालय
सैफई, इटावा (उ0प्र0)

U.P. University of Medical Sciences

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

597/CAC
24.08.23

पत्रांकः– 1917 / यूपीयूएमएस / वित्तएवंलेखा / 2023–24 दिनांकः 23 अगस्त, 2023

कार्यालय आदेश

उ0प्र0 शासन चिकित्सा शिक्षा अनुभाग–4 द्वारा जारी शासनादेश सं0–09/2019/1363/71-4-2019-12/2017 टी0सी0– ।। दिनांक 30 सितम्बर, 2019 के अनुपालन में विश्वविद्यालय के कार्यालय आदेश संख्या–2609 / यूपीयूएमएस / अधि0– ।(180) / 2019–20 दिनांक 27 नवम्बर, 2019 द्वारा उल्लिखित भत्ते संजय गाँधी स्नातकोत्तर आयुर्विज्ञान संस्थान, लखनऊ के अनुरूप दरों एवं शर्तों / प्रतिबन्धों के अधीन अनुमन्य किये गये हैं।

उक्त के क्रम में माननीय कुलपति महोदय द्वारा दिये गये निर्देशों के अनुसार कैलेन्डर वर्ष 2022 हेतु अखबार भत्ते (निर्धारित सीमा के अन्तर्गत) एवं मोबाईल भत्ते की प्रतिपूर्ति (एक मोबाईल नम्बर / लैण्डलाईन / ब्रॉडबैन्ड) की जानी है। इस हेतु अर्ह चिकित्सकों / अधिकरियों / कर्मचारियों को सूचित किया जाता है, कि निर्धारित प्रारूप को भर कर बिल की मूल प्रति संलग्न कर वित्त एवं लेखा विभाग को दिनांक 31.08.2023 तक उपलब्ध कराना सुनिश्चित करें।

संलग्नक–

1– अखबार भत्ते एवं मोबाईल भत्ते की प्रतिपूर्ति हेतु निर्धारित प्रारूप।

(डॉ0 चन्द्रवीर सिंह)
कुलसचिव

प्रतिलिपि– निम्नलिखित को सूचनार्थ–

1. वित्त अधिकारी।
2. समस्त संकायाध्यक्ष।
3. चिकित्सा अधीक्षक।
4. समस्त विभागाध्यक्ष।
5. वैयक्तिक सहायक (मा0 कुलपति महोदय)।
6. समस्त नोटिस बोर्ड।

(डॉ0 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.