

कार्यालय प्रधान महालेखाकार (लेखापरीक्षा) हरियाणा, चंडीगढ़ - 160 020  
O/o Principal Accountant General (audit) Haryana, Chandigarh - 160 020

ऑफिशियल बैग/ब्रीफ केस/लेडीज पर्स की खरीद हेतु प्रतिपूर्ति दावा फार्म  
Purchase of official bag/Brief case/Ladies purse Reimbursement claim Form

(बड़े अक्षरों में भरा जाए) / (To be filled in Block letters)

- 1 आवेदक का नाम/ Name of the Applicant .....
- 2 पदनाम/ Designation .....
- 3 अनुभाग/ Section .....
- 4 कर्मचारी का कोड नंबर / Employee Code No. ....
- 5 मोबाइल नंबर और ई-मेल पता, यदि कोई हो  
Mobile No. & E-mail address, if any .....
- 6 पे-लेवल / Pay Level .....
- 7 कर्मचारी का सेलरी कोड / Employee Salary Code .....
- 8 प्रस्तुत बिल के विवरण / Details of bill submitted  
(i) इनवाइस/बिल नंबर दिनांक सहित  
Invoice/Bill No. with date .....
- (ii) टिन नंबर / TIN No. ....
- 9 दावा की गई पिछली प्रतिपूर्ति के विवरण, यदि कोई हो  
(i) इनवाइस/बिल संख्या दिनांक सहित  
Invoice/Bill No. with date .....
- 10 बैंक के खाते के विवरण / Bank Account details  
(i) बैंक अकाउंट नंबर / Bank Acc. No .....
- (ii) आईएफएससी कोड / IFSC Code .....

दिनांक: हस्ताक्षर/SIGNATURE \_\_\_\_\_  
DATE: आवेदक का पूरा नाम  
Full Name of Applicant \_\_\_\_\_

**वचनबंध / UNDERTAKING**

मैं एतदद्वारा वचन देता/देती हूँ कि मैंने आज तक या पिछले तीन वर्षों में कभी भी मुख्यालय या मिशन में ऑफिशियल बैग/ब्रीफ केस/लेडीज पर्स की खरीद के लिए किए गए व्यय की प्रतिपूर्ति के लिए दावा नहीं किया है। किसी भी स्तर पर यदि यह पाया जाता है कि मैंने अपने वचनबंध में दिए गए तथ्यों को छुपाया है तो मंत्रालय उपयुक्त अनुशासनात्मक कार्रवाई कर सकता है।

I hereby undertake that I have never claimed for reimbursement of expenditure incurred towards purchase of official bag/briefcase/ladies purse either in Hqrs or in Mission till date or in last three years. At any stage if found I have given or suppress the facts given in my undertaking Ministry may kindly take suitable disciplinary action.

दिनांक: हस्ताक्षर/SIGNATURE \_\_\_\_\_  
DATE: आवेदक का पूरा नाम  
Full Name of Applicant \_\_\_\_\_

**संलग्न किए जाने वाले दस्तावेज / Documents to be attached**

1. दावा की गई प्रतिपूर्ति राशि के लिए मूल बिल (नाम, बिल संख्या/चालान संख्या, टिन आदि के साथ) / Original bill (with Name, Bill No./Invoice No., TIN etc.) for the reimbursement amount claimed
2. बिल की फोटोकॉपी / Photocopy of Bill
3. भरे हुए फॉर्म की फोटोकॉपी / Photocopy of filled form
4. कृपया निर्दिष्ट करें कि क्या बैंक आईएफएससी कोड में कोई परिवर्तन है। / Please specify if there is any change in the Bank IFSC code.