

## टेलीफोन / मोबाइल प्रतिपूर्ति हेतु नियमित प्रपत्र / PRESCRIBED FORM FOR TELEPHONE / MOBILE REIMBURSEMENT

कर्मचारी का नाम/ Name of Employee:

पदनाम/ Designation :

पहचान संख्या/ Employee Code:

अनुभाग का नाम/ Name of Section

दावा प्रस्तुत करने की तिथि/ Date of submission of claim

दूरभाष का प्रकार /Type of Telephone	दूरभाष क्रमांक/ Telephone no	अवधि / Duration	प्रतिपूर्ति की नियमित उच्चतम सीमा (प्रतिमाह)-			बिल/दावा की राशि Bill/Claim Amount	प्रतिपूर्ति की राशि* Reimbursement amount*	टिप्पणी Remarks
			1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6	7	8	9
आवासीय टेलीफोन / Landline		माह	माह	माह	माह	माह	माह	माह
ब्रॉडबैंड/ Broadband								
मोबाइल /Mobile								
कुल राशि / Total Amount								

\* प्रतिपूर्ति की राशि का कॉलम सामान्य अनुभाग द्वारा भरा जाएगा / Reimbursement Amount Column will be filled by General Section

दावेदार के हस्ताक्षर/ Signature of claimant

# टेलीफोन / मोबाइल प्रतिपूर्ति हेतु नियमित प्रपत्र / PRESCRIBED FORM FOR TELEPHONE / MOBILE REIMBURSEMENT

कर्मचारी का नाम/ Name of Employee:

पदनाम/ Designation :

पहचान संख्या/ Employee Code:

अनुभाग का नाम/ Name of Section

दावा प्रस्तुत करने की तिथि/ Date of submission of claim

दूरभाष का प्रकार /Type of Telephone	दूरभाष क्रमांक/ Telephone no	अवधि / Duration			प्रतिपूर्ति की नियमित उच्चतम सीमा (प्रतिमाह)- Prescribed Ceiling of Reimbursement (Per Month)	बिल/दावा की राशि Bill/Claim Amount	प्रतिपूर्ति की राशि* Reimbursement amount*	टिप्पणी Remarks
		1 माह	2 माह	3 माह	4 माह	5 माह	6 माह	
1	2	3	4	5	6			
आवासीय टेलीफोन / Landline								
ब्रॉडबैंड/ Broadband								
मोबाइल /Mobile								
कुल राशि / Total Amount								

\* प्रतिपूर्ति की राशि का कॉलम सामान्य अनुभाग द्वारा भरा जाएगा / Reimbursement Amount Column will be filled by General Section

दावेदार के हस्ताक्षर/ Signature of claimant