

प्रगत संगणन विकास केंद्र
Centre for Development of Advanced Computing

चिकित्सा (ओपीडी) दावे की प्रतिपूर्ति
Reimbursement of Medical [OPD] Claim

आरआईएम / एमसी / RIM/MC/2023-2024/345431/6

दावा तिथि / Claim Date : 13-DEC-2023

व्यक्तिगत जानकारी / Personal Information

कर्मचारी सं. / Employee ID :	345431	नाम / Name :	Ms Sarita Kumari Singh
केंद्र / Centre :	Pune	समूह / Group :	HPC-IE
कर्मचारी प्रकार / Staff Type :	Consolidatd - Contract on Consolidatd Pay	स्केल / Scale :	0
पदनाम / Designation :	Project Engineer		
मूल / पीआईपीबी / समेकित वेतन / Basic/PiPb/ConsPay :	54,000	कार्यग्रहण तिथि / Joining Date :	10-May-2022
स्थिति / Status :	Active	छोड़ने की तिथि / Left Date :	
ईमेल / Email :	saritas@cdac.in	दूरभाष / Phone :	25503538/ 538
संविदा प्रारंभ तिथि / Contract Start Date :	10/05/2022	संविदा समाप्ति तिथि / Contract End Date :	30/06/2025

दावा विवरण / Claim Details

क्र. सं. / Sr.No	रोगी का नाम / Patient Name	बिल तिथि / Bill Date	बिल सं. / Bill No	बिल प्रकार / Bill Type	जारीकर्ता / Issuer	दावाकृत राशि / Claimed Amount	स्वीकृत राशि / Sanc.Amount
1]	Ms Sarita Kumari Singh [Self]	11-DEC-2023	903	Consultation	Dr. kothari	1,127.00	0
कुल रु. / Total [Rs]						1,127.00	0

वचनबद्धता / घोषणा UNDERTAKING / DECLARATION

मैं एतद् द्वारा घोषित करता/करती, हूँ कि / I hereby declare that,

- मेरे विवेक और विश्वास के अनुसार ऊपर दी गई सभी जानकारी वास्तविक और सत्य है। / All information given above is true and correct to the best of my knowledge and belief.
- जिस चिकित्सा प्रतिपूर्ति हेतु व्यय का दावा किया गया है, वे वास्तविक रूप से मेरे द्वारा व्यय किए गए हैं। / All the expenditure for which this medical reimbursement is claimed has been actually incurred by me.
- मैंने उपरोक्त राशि का किसी भी अन्य प्राधिकरण से दावा नहीं किया है। / I have not claimed any of the above amounts from any authority.
- इस चिकित्सा प्रतिपूर्ति में दावाकृत सभी आश्रित पारिवारिक सदस्य, भारत सरकार के नियमानुसार पूरी प्रतिपूर्ति दावा

अवधि के लिए वास्तविक रूप से मुझ पर आश्रित हैं। / All dependent family members for whom this medical reimbursement is claimed are actually dependent on me as per central government rules for the entire period for which reimbursement is claimed.

05. यदि इस दावे के तहत उपरोक्त घोषित कोई भी मद असत्य/गलत सिद्ध होता है, तो मैं सीडैक द्वारा भुगतानित राशि को एकमुश्त वापस करने का वचन देता/देती हूँ। इसलिए आपसे अनुरोध है कि उपरोक्त राशि की प्रतिपूर्ति करें। / I undertake to refund the amount in one single installment paid by C-DAC under this claim if anything declared above is proven false / wrong. It is therefore requested to reimburse me the above amount.

कर्मचारी के हस्ताक्षर / **Signature Of Employee**

केवल कार्यालयी प्रयोग हेतु / **For Office Purpose Only**

के लिए दावा पारित / Claim passed for

मु.वि.अ./ वित्त कार्यकारी / CFO/Finance Executive

द्वारा जाँचा गया / Checked by

द्वारा पारित / Passed by