

तिथि/ Dated:

सेवा में/ To,

संयुक्त निदेशक (वित्त)/ Jt. Director (Finance)

रा.इ.सू.प्रौ.सं. (मुख्यालय)/ NIELIT, HQ,
इलेक्ट्रॉनिक्स निकेतन/ Electronics Niketan,
६ सीजीओ कॉम्प्लेक्स/ 6 CGO Complex,
नई दिल्ली-११०००३/ New Delhi-110003.

विषय/ Subject: मेडिकल प्रतिपूर्ति माँग | Medical Reimbursement Claim.

महोदय/ Sir,

मैं घोषणा करता हूँ कि, मैंने वास्तविक रूप से रुपये _____ चिकित्सा व्यय के अंतर्गत _____ से _____ तक की अवधि के दौरान व्यय किया है। मैं माँग से संबंधित मेडिकल उपस्थिति नियमों से भली-भाँति परिचित हूँ।

I hereby declare that, I have actually incurred expenditure of Rs. _____ Rupees _____ towards Medical expenses during the period from _____ to _____. I am well aware of the Medical Attendance rules relating to the claim.

मैं, मेडिकल प्रतिपूर्ति की माँग से, जो भी कर, आयकर अधिनियम के अन्तर्गत देय होगा, उसका भुगतान करूँगा।

I will pay the tax liability as applicable under Income Tax Rules, which may arise out of the Medical Reimbursement claim, if any.

भवदीय/ Yours faithfully,

हस्ताक्षर/Signature:

नाम/Name:

पदनाम/Designation:

कर्मचारी कोड/Emp. Code