

अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान / ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES

अन्सारी नगर, नई दिल्ली / Ansari Nagar, New Delhi-110029

क. सं./बुक सं. /SI. No. / Book No. \_\_\_\_\_

दिनांक/Date \_\_\_\_\_

नोट :- कृपया फॉर्म में सभी कॉलम भरें। /NOTE : PLEASE FILL ALL THE COLUMNS IN THE FORM

फार्मासिस्ट /प्रभारी क. स्वा. यो फार्मसी / वार्ड की संस्तुति पर निम्नलिखित दवाएं डिस्पेंसरी / वार्ड में उपलब्ध न होने के कारण बाजार से खरीदी गई थी। ये दवाइयाँ डॉ. .... ओ. पी. डी. / वार्ड ..... द्वारा लिखी गई थी।

On the recommendation of the Pharmacist / Incharge E.H.S. Pharmacy / Ward the following Medicines were purchased from the market which were prescribed by Dr. \_\_\_\_\_ O.P.D./Ward \_\_\_\_\_ as it was not available in the dispensary/ward.

क. सं./SI. No.	दवाई / सर्जिकल सामान का नाम/Name of Medicine / Surgical Item	मात्रा/Qty.
1.		
2.		
3.		

कुल रू. .... के केश मीमो संलग्न हैं।

Cash Memo/ Memos for Total Rs. \_\_\_\_\_ is / are enclosed.

रोगी का नाम/Name of the patient \_\_\_\_\_ ई. एच. एस. पहचान पत्र सं./E.H.S. I. Card No. \_\_\_\_\_

(हस्ताक्षर/Signature) : \_\_\_\_\_

ई. एच. एस. दावेदार का नाम/Name of E.H.S. Claimant : \_\_\_\_\_

फॉर्मासिस्ट/सिस्टर प्रभारी, वार्ड के

पदनाम/Designation : \_\_\_\_\_

मोहर सहित हस्ताक्षर

विभाग/Deptt. : \_\_\_\_\_

Signature of the Pharmacist/

ई.एच.एस. सं./E.H.S. No. : \_\_\_\_\_

Sister Incharge, Ward

सम्पर्क फोन नं./Contact Tel. No. : \_\_\_\_\_

with Rubber Stamp

वेतन बिल/कोड सं. का विवरण/Details of Salary Bills / Code No. : \_\_\_\_\_

पता/Address : \_\_\_\_\_ खाता सं./A/c. No. : \_\_\_\_\_

बिल का सत्यापन किया गया। रू. .... (रूपये ..... ) की स्वीकृति एवं अनुमोदन हेतु प्रस्तुत।  
Verified the bill. Submitted for sanction and approval for Rs. \_\_\_\_\_ (Rupees \_\_\_\_\_)

प्रभारी अधिकारी द्वारा सत्यापित /Verified by Officer Incharge

सक्षम प्राधिकारी द्वारा स्वीकृत /Sanction by Competent Authority

प्रेषित : रोकड़/लेखा परीक्षा/लेखा अधिकारी, ह. व. कें. / रा. प्र. कें. / सं. रो. कें. अ. / अनुसंधान विभाग को वेतन बिल के द्वारा भुगतान हेतु।

Forwarded to : Cash/Audit/A.O., C.N.C./R.P.C./I.R.C.H./Scheme Cell for making payment through Salary bills.

(नोट : ई.एच.एस. फोटो पहचान-पत्र, नीला टोकन कार्ड एवं नुस्खा इंडेंट कापी और सत्यापित बिलों की प्रतिलिपियों के संलग्न किए बगैर प्रतिपूर्ति हेतु अनुरोध स्वीकार नहीं किया जाएगा)। (Note :- No request for Reimbursement will be entertained without enclosing copy of the E.H.S. Photo I. Card, Blue Token Card & Prescription Indent Copy and verified Bills)

(काउंटर फॉइल /Counter Foil)

कम सं. / बुक सं./SI. No. / Book No. : \_\_\_\_\_ दिनांक/Date \_\_\_\_\_

कैश मीमो सं. रू. .... (रूपये ..... ) हेतु /Cash Memo No. for Rs. \_\_\_\_\_

रोगी का नाम /Name of Patient \_\_\_\_\_ ई.एच.एस. पहचान पत्र सं./E.H.S. I. Card No. \_\_\_\_\_

फॉर्मासिस्ट/सिस्टर प्रभारी, वार्ड के

मोहर सहित हस्ताक्षर

ई. एच. एस. दावेदार का नाम/Name of the E.H.S. Claimant \_\_\_\_\_

Signature of the Pharmacist/Sister

ई. एच. एस. सं./E.H.S. No. \_\_\_\_\_

Incharge, Ward with Rubber Stamp