

दिनांक:

सेवा में,
नर्सिंग सुपरवाइजर
गौतम बुद्ध विश्वविद्यालय
गौतम बुद्ध नगर।

विषय: चिकित्सा व्ययों की प्रतिपूर्ति के सम्बन्ध में।

महोदय,

आपको अवगत कराना है कि मेरे द्वारा अपना/अपने आश्रितों का ईलाज अस्पताल में कराया गया है तथा इस ईलाज पर कुल धनराशि रु0_____ का व्यय हुआ है। जिसका विवरण पेज नम्बर..... से..... तक संलग्न है तथा विवरण निम्न प्रकार है:-

S.N.	Bill no.	Date	Description	Amount	Office Use
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					

“मैं शपथपूर्वक, प्रमाणित करता/करती हूँ कि उपरोक्त समस्त बिल मूलरूप से संलग्न है एवं मेरे द्वारा सत्यापित किये गये हैं। भविष्य में कोई भी बिल फर्जी/गलत पाये जाने पर अधोहस्ताक्षरी स्वयं जिम्मेवार होगा।”

अतः अनुरोध है कि मेरे द्वारा चिकित्सा पर व्यय की गई धनराशि रु0..... की प्रतिपूर्ति किये जाने हेतु अग्रेत्तर कार्यवाही कर भुगतान कराने का कष्ट करे।

भवदीय/भवदीया,

हस्ताक्षर:-
नाम:-
पदनाम:-

