



हिमाचल प्रदेश केन्द्रीय विश्वविद्यालय
Central University of Himachal Pradesh

फॉर्म सं. : F-5

भोजन बिल / महंगाई भत्ता (डीए) प्रतिपूर्ति फॉर्म

स्व-घोषणा प्रमाणपत्र

मैं, _____ (अधिकारी/कर्मचारी का नाम और पदनाम)
प्रमाणित करता/करती हूँ कि नीचे दिए गए विवरण के अनुसार मेरे द्वारा डीए / भोजन बिल के लिए
_____ रु. का भुगतान किया गया है :

1.	अधिकारी / कर्मचारी का नाम	
2.	पदनाम	
3.	वेतन स्तर	
4.	मूल वेतन	
5.	अनुपस्थिति की अवधि	से(तिथि / समय)
		तक(तिथि / समय)
6.	कुल दिन (दिनों) की संख्या	
7.	भोजन बिल / डीए के लिए कुल दावा राशि (रु.)	

(अधिकारी / कर्मचारी के दिनांक सहित हस्ताक्षर)