भा.आयु.अनु.परि.- राष्ट्रीय पर्यावरणीय स्वास्थ्य अनुसंधान संस्थान, भोपाल
ICMR-National Institute for Research in Environmental Health, Bhopal
****

(मानदेय बिल / Honorarium Bill)

फाइल नं. दिनांक:

1 सदस्य का पूरा नाम एवं पदनाम/ : Name & Designation of Member

2 वह कार्यालय का नाम जहां से वेतन प्राप्त होता है : Name of Office from which salary is drawn

पैन नं. / PAN No. (अनिवार्य / Compulsory)

3 सदस्य का बैंक विवरण (ऑनलाइन हस्तांतरण के लिए अनिवार्य) / Bank Details of the member (Compulsory for online transfer)

a) बैंक का नाम / Name of the Bank :

b) शाखा / Branch :

c) खाता नंबर / Account no. :

d) आईएफएससी कोड / IFSC Code :

4 बैठक का नाम एवं संस्थान : Name of the meeting and Institute

5 बैठक की तिथि / Date of Meeting: :

6 आईसीएमआर-एनआईआरईएच, भोपाल में आयोजित बैठक के सरकारी/गैर-सरकारी सदस्य के रूप में आईसीएमआर-एनआईआरईएच की सहायता के लिए मानदेय के रूप में दिनांक के लिए प्राप्त हुआ। / Received for the date(s) as Honorarium for assisting the ICMR-NIREH on Official/Non-official member of Meeting held at ICMR-NIREH, Bhopal. :

दिनांक / Date(s)	**दर / Rate (₹)**	**राशि / Amount (₹)**
	योग / Total (₹):	

7 Sanction of the Competent Authority, ICMR-NIREH is hereby conveyed to the appointment of Dr./Mr./Ms _____ as Official/Non-Official Member for assisting Institute in the meeting held at ICMR-NIREH, Bhopal

8 प्रमाणित किया जाता है कि सदस्यगण ऊपर उल्लिखित तिथि को बैठक में उपस्थित हुए हैं। / Certified that the member has attended the meetings on the date (s) referred to above.

विभागाध्यक्ष के हस्ताक्षर / Signature of the HoD
नाम/Name:

अनुभाग अधिकारी / Section Officer
आईसीएमआर-एनआईआरईएच/ICMR-NIREH, Bhopal

वरिष्ठ प्रशासनिक अधिकारी / Sr. Admin. Officer
आईसीएमआर-एनआईआरईएच, भोपाल/ICMR-NIREH, Bhopal

कृपया हस्तांतरण द्वारा स्वयं भुगतान करें तथा मैं आईसीएमआर-एनआईआरईएच, भोपाल से प्राप्त मानदेय की राशि पर आवश्यक आयकर के भुगतान की जिम्मेदारी लेता/लेती हूं। / Please pay to self by transfer and I undertake the responsibility of payment of necessary income tax on the amount of Honorarium received from ICMR-NIREH, Bhopal.

(Rupees:_____only)

दिनांक/Date:

(बाहरी विशेषज्ञ के हस्ताक्षर / Signature of the External Expert)

Passed for Rs. _____ (Rupees:_____only)

आहरण एवं संवितरण अधिकारी / Drawing & Disbursing Officer
आईसीएमआर-एनआईआरईएच, भोपाल/ICMR-NIREH, Bhopal

Pay Rs. _____ (Rupees:_____only)
Cheque No. _____ Dated _____

लेखा अधिकारी/ Accounts Officer
आईसीएमआर-एनआईआरईएच, भोपाल/ICMR-NIREH, Bhopal

MANDATE FORM

ELECTRONIC CLEARING SERVICE (Credit Clearing)/ REAL TIME GROSS SETTLEMENT (RTGS) FACILITY FOR RECEIVING PAYMENTS

A. DETAILS OF ACCOUNT HOLDER

Name of Beneficiary	
Complete Contact Address	
Contact Details	

B. BANK ACCOUNT DETAILS

NAME OF THE BANK	
BRANCH NAME WITH COMPLETE ADDRESS	
WHETHER THE BRANCH IS COMPUTERISED?	
WHETHER THE BRANCH IS RTGS ENABLES? IF YES, THEN WHAT IS THE BRANCH'S **IFSC CODE**	
IS THE BRANCH ALSO NEFT ENABLED?	
TYPE OF BANK ACCOUNT	
ACCOUNT NUMBER	
MICR CODE OF BANK	
BANK BRANCH CODE	
MOBILE NUMBER	
PAN NUMBER	

I hereby declare that the particulars given above are correct and complete. If the transaction is delayed or not effected at all for reasons of incomplete or incorrect information I would not hold the user Institution responsible.

Date:

Signature of the Beneficiary
Mobile No.