

दिनांक / Date :

निदेशक / Director

द. क्षे. कृ. म. प्र. एवं प. स. / S.R.F.M.T. & T.I.

गार्लदिन्ने / Garladinne-515731

अनंतपुर (आ. प्र.) / Anantapur (A.P.)

विषय / Subject : आयकर कटौती के संदर्भ में आवेदन / Application for deduction of Income Tax -reg.

महोदय / Sir,

मैं माह _____ से अपने वेतन में से ` _____ की कटौती आयकर के लिए करवाना चाहता हूँ, जिसके लिए अनुमति प्रदान करें।

I wish to get deducted an amount of ` _____ from my salary for Income Tax with effect from _____ which may be permitted.

भवदीय / Yours Faithfully

दिनांक / Date :

निदेशक / Director

द. क्षे. कृ. म. प्र. एवं प. स. / S.R.F.M.T. & T.I.

गार्लदिन्ने / Garladinne-515731

अनंतपुर (आ. प्र.) / Anantapur (A.P.)

विषय / Subject : आयकर कटौती के संदर्भ में आवेदन / Application for deduction of Income Tax -reg.

महोदय / Sir,

मैं माह _____ से अपने वेतन में से ` _____ की कटौती आयकर के लिए करवाना चाहता हूँ, जिसके लिए अनुमति प्रदान करें।

I wish to get deducted an amount of ` _____ from my salary for Income Tax with effect from _____ which may be permitted.

भवदीय / Yours Faithfully

दिनांक / Date :

निदेशक / Director

द. क्षे. कृ. म. प्र. एवं प. स. / S.R.F.M.T. & T.I.

गार्लदिन्ने / Garladinne-515731

अनंतपुर (आ. प्र.) / Anantapur (A.P.)

विषय / Subject : चिकित्सकीय दावे की प्रतिपूर्ति के संदर्भ में / Reimbursement of Medical claim -reg.

महोदय / Sir,

मैं _____ के इलाज के संदर्भ में ` _____ (` _____
_____ मात्र) के चिकित्सकीय दावे से संबंधित आवश्यक विवरण संलग्न कर रहा हूँ। आपसे
विनम्र निवेदन है कि यथाशीघ्र मुझे इसकी प्रतिपूर्ति करने की कृपा करें। धन्यवाद।

I am enclosing here with Medical claim of ` _____ (` _____only). I
humbly request you to reimburse the same to me at the earliest. Thanking You Sir,

भवदीय / Yours Faithfully

दिनांक / Date :

निदेशक / Director

द. क्षे. कृ. म. प्र. एवं प. स. / S.R.F.M.T. & T.I.

गार्लदिन्ने / Garladinne-515731

अनंतपुर (आ. प्र.) / Anantapur (A.P.)

विषय / Subject : चिकित्सकीय दावे की प्रतिपूर्ति के संदर्भ में / Reimbursement of Medical claim -reg.

महोदय / Sir,

मैं _____ के इलाज के संदर्भ में ` _____ (` _____
_____ मात्र) के चिकित्सकीय दावे से संबंधित आवश्यक विवरण संलग्न कर रहा हूँ। आपसे
विनम्र निवेदन है कि यथाशीघ्र मुझे इसकी प्रतिपूर्ति करने की कृपा करें। धन्यवाद।

I am enclosing here with Medical claim of ` _____ (` _____only). I
humbly request you to reimburse the same to me at the earliest. Thanking You Sir,

भवदीय / Yours Faithfully

दिनांक / Date :

निदेशक / Director

द. क्षे. कृ. म. प्र. एवं प. स. / S.R.F.M.T. & T.I.

गार्लदिन्ने / Garladinne-515731

अनंतपुर (आ. प्र.) / Anantapur (A.P.)

विषय / Subject : जी.पी.एफ. अंशदान में वृद्धि / कमी करने के लिए आवेदन / Application for enhancement / reduction of GPF subscription -reg.

महोदय / Sir,

मैं माह _____ से जी.पी.एफ. में अपने अंशदान को वर्तमान के _____ में वृद्धि / कमी करके _____ करना चाहता हूँ, जिसके लिए अनुमति प्रदान करें।

I wish to enhance / reduce my GPF contribution from existing _____ to _____ with effect from _____ which may be permitted.

भवदीय / Yours Faithfully

दिनांक / Date :

निदेशक / Director

द. क्षे. कृ. म. प्र. एवं प. स. / S.R.F.M.T. & T.I.

गार्लदिन्ने / Garladinne-515731

अनंतपुर (आ. प्र.) / Anantapur (A.P.)

विषय / Subject : जी.पी.एफ. अंशदान में वृद्धि / कमी करने के लिए आवेदन / Application for enhancement / reduction of GPF subscription -reg.

महोदय / Sir,

मैं माह _____ से जी.पी.एफ. में अपने अंशदान को वर्तमान के _____ में वृद्धि / कमी करके _____ करना चाहता हूँ, जिसके लिए अनुमति प्रदान करें।

I wish to enhance / reduce my GPF contribution from existing _____ to _____ with effect from _____ which may be permitted

भवदीय / Yours Faithfully

दिनांक / Date :

निदेशक / Director

द. क्षे. कृ. म. प्र. एवं प. स. / S.R.F.M.T. & T.I.

गार्लदिन्ने / Garladinne-515731

अनंतपुर (आ. प्र.) / Anantapur (A.P.)

विषय / Subject : इलाज के लिए चिकित्सकों के पैनल हेतु विकल्प के संदर्भ में / Option for panel of doctors for medical treatment -reg.

महोदय / Sir,

मैं परिपत्र क्रमांक _____ दिनांक _____ के संदर्भ में, स्वयं एवं अपने परिवार के सदस्यों की चिकित्सा हेतु ए.एम.ए. के रूप में निम्नलिखित चिकित्सकों का चयन करता हूँ।

With reference to Circular No. _____ dated _____,

I opt the following panel of Doctors as AMAs for treatment of self and family members :-

- 1.
- 2.

भवदीय / Yours Faithfully

दिनांक / Date :

निदेशक / Director

द. क्षे. कृ. म. प्र. एवं प. स. / S.R.F.M.T. & T.I.

गार्लदिन्ने / Garladinne-515731

अनंतपुर (आ. प्र.) / Anantapur (A.P.)

विषय / Subject : इलाज के लिए चिकित्सकों के पैनल हेतु विकल्प के संदर्भ में / Option for panel of doctors for medical treatment -reg.

महोदय / Sir,

मैं परिपत्र क्रमांक _____ दिनांक _____ के संदर्भ में, स्वयं एवं अपने परिवार के सदस्यों की चिकित्सा हेतु ए.एम.ए. के रूप में निम्नलिखित चिकित्सकों का चयन करता हूँ।

With reference to Circular No. _____ dated _____,

I opt the following panel of Doctors as AMAs for treatment of self and family members :-

- 1.
- 2.

भवदीय / Yours Faithfully