

मिति:-

श्री सचिव,  
प्रदेश सभा सचिवालय  
सुदूरपश्चिम प्रदेश, धनगढी कैलाली ।

विषय:- उपचार खर्च रकम भुक्तानी सम्बन्धमा ।

प्रस्तुत विषयमा म मिति ..... मा विरामी भई प्रदेश सभाका पदाधिकारी तथा सदस्यको पारिश्रमिक र सुविधा सम्बन्धी ऐन, २०७५ को दफा १३ मा भएको व्यवस्था बमोजिम ..... अस्पतालमा उपचाररत रहेको जानकारी गराउँदै उपचार खर्च बाफत लागेको रकम रु. .... (अक्षरूपी ..... मात्र) नियमानुसार भुक्तानीका लागि प्रेस्क्रिप्सनको फोटोकपी तथा आवश्यक विलहरू थान ..... यसैसाथ संलग्न राखी पेश गरेको छु ।

निवेदक

हस्ताक्षर:-

नाम थर:-

प्रदेश सभा सदस्य

क्र.सं.-

जिल्ला:-