

## आई सी एम आर - राष्ट्रीय रोग सूचना विज्ञान और अनुसंधान केंद्र, बेंगलुरु ICMR – National Centre for Disease Informatics and Research, Bengaluru

## चल संपत्ति रिटर्न फॉर्म/ MOVABLE PROPERTY RETURN FORM

	1.अधिकारी का नाम (पूरा)/Name of the officer (in full):		
	राशि/Amount	बैंक का नाम/Name of the Bank	मूल्य का विवरण/शेयरों, प्रतिभूतियें डिबेंचर आदि के अधिग्रहण की तारीख।/Description of value/ Date of acquisition of shares, securities, debentures etc.
) i) ii)			
	मैं सत्यनिष्ठा से पुष्टि करता हूं कि उपरोक्त घोषणा सत्य है/I solemnly affirm that the above declaration is true.		
		हस्ताक्षर/Signature	
		नाम/Name	
		पदनाम/Designation	

कार्यालय प्रमुख के हस्ताक्षर/Signature of Head of Office