



સામાજિક સુરક્ષા કોવાડીયા ટ્રસ્ટ-મોડાસા.

આશિષ હોસ્પિટલ સામે, કડીયાવાડા રોડ, મોડાસા-૩૮૩૩૧૫, ફોન : ૨૪૬૮૩૭ પી.પી. (મંડળ કાર્યાલય)

પ્રતિશ્રી,
પ્રમુખશ્રી / મહામંત્રીશ્રી,
સામાજિક સુરક્ષા કોવાડીયા ટ્રસ્ટ, મોડાસા.

સભાસદ માટેનું અરજી ફોર્મ

તા. - -
૨૦૧

વિષય : રૂ. ૫૦૦૦/ના ફિક્સ ડિપોઝીટ મેમ્બર બનવા અંગે

શ્રીમાન,
સવિનય જણાવવાનું કે “સામાજિક સુરક્ષા કોવાડીયા ટ્રસ્ટ” ના વાર્ષિક/ફિક્સ ડિપોઝીટ સભાસદ માટે મારી/અમારી જરૂરી માહિતી નીચે મુજબ છે તેમજ ટ્રસ્ટે નક્કી કરેલ ફી રોકડા / ડી.ડી./ચેક મોકલું છું તો સભ્ય બનાવવા વિનંતી છે.

મુખ્ય સભ્યનું નામ :

જન્મ તારીખ : હાલની વારસદારનું નામ :

વતનનું પુરું સરનામું : ઉંમર
મો. ફોન: (રહે.) (ઓ.)

હાલનું પુરું સરનામું :
મો. ફોન: (રહે.) (ઓ.)

અરજદારના બેન્ક ખાતાની માહિતી : બેન્કનું નામ.....શાખાનું નામ.....
ગામ.....ખાતા નં.....આઈ એફસી કોડ નં.....
ખાતાનો પ્રકાર: સેવીંગ્સ/ચાલુ

કુટુંબના બીજા સભ્યોની વિગત:- (વાર્ષિક / ફિક્સ ડિપોઝીટ સભ્યપદ મેળવનારના નામ લખવા.)

અ.નં.	નામ	જન્મતારીખ	હાલની ઉંમર	વારસદારનું નામ
૧				
૨				
૩				
૪				
૫				

મેં મંડળના “સામાજિક સુરક્ષા કોવાડીયા ટ્રસ્ટ” ના નિયમો વાંચ્યા છે અને તે અનુસાર મારી/અમારી પ્રિમિયમની રકમ આ સાથે ડી.ડી./રોકડા આપું છું. (લોકલ ચેક પણ લેવાશે) રૂા..... ડી.ડી./ચેક નં..... તા. નો સામેલ છે. તે જમા લઈ પાવતી આપવા વિનંતી. બરોડા બેંક, મોડાસાના સેવિંગ્સ ખાતા નંબર ૦૭૨૧૦૧૦૦૦૦૫૧૫૨ માં રકમ જમા કરાવી સ્વીપ મોડાસા મંત્રીશ્રીને મોકલી આપવી.

- નોંધ :** (૧) ડ્રાફ્ટ કે લોકલ ચેક “સામાજિક સુરક્ષા કોવાડીયા ટ્રસ્ટ” નામનો એકાઉન્ટ પે લખવો.
(૨) ઉંમરનો દાખલો અચૂક સામેલ કરવો દરેકનું વ્યક્તિગત ફોર્મ ભરવું. આ ફોર્મની વધુ જરૂર હોય તો ઝેરોક્ષ કરાવી લેવું.
(૩) ૭૦ વર્ષ સુધીની ઉંમરવાળા વ્યક્તિ જ આ સ્કીમનો લાભ લઈ શકશે.

મુખ્ય સભ્યની સહી