## यूनियन बैंक-मृतक कर्मचारी राहत कोष के लिए आवेदन फॉर्म (नये सदस्य हेतु) APPLICATION FORM FORM FOR UNION BANK EMPLOYEES' DEATH RELIEF FUND (NEW MEMBER)

प्रति / To, प्रशासक, The Administrator यूनियन बैंक-मृतक कर्मचारी राहत कोष, Union Bank Employees Death Relief Fund,

मुंबई. MUMBAI				,																		
प्रिय महोदय / Dear Sir,  मैं एतद्द्वारा यूनियन बैंक मृ हूं कि जब तक मैं सेवा निवृत्त न हो जाऊ य  I hereby apply for member, I undertake that I sha employment of the Bank. नाम / Name :	त्याग mer	पत्र <del>-</del> nbe	ा दूं ersl	या उ hip	स सः of t	मय वे he l	ह लि Unio	ए जब on E	a बैंक Banl	से मे < En	री से ∩plc	वाएं र yee	समाप्त es' E	न व )eat	हर दी h R	ं जाएं elie	, मैं र f Fu	सदस्य nd.	ा के र On	रुप में ICe,	रहूंग I am	r/ रहूंगी. n admitted as a
सदस्य का स्थायी पता Permanent Residential Address of Member पदनाम Designation	: [									र्यग्रहण ate d							D	M	M	Y	Y	
वेतनमान Scale of Wages (अस्थायी कर्मचारियों के मामले में) (In ca	: [ se c	of pa	art-	time	e er	mpl	oye	es)														
जन्म तारीख Date of Birth	: [	D	D	I	   N	M	Y	Υ														
भ.नि.क्र.P.F. Number	: [								٧	कार्यर Vork खा क्र	king	at	: n No	o.)								
कार्यरत शाखा Working at (शाखा का नाम /Branch Name) नामिती 1-नाम Nominee 1- Name	: [ : [																					
रिश्ता /Related as	: [																					
पता/Address	: [																					
<b>Appl</b> प्रथम नामित को मृत्यू के मामले में द्वितीय न In case of death of Nominee 1- 2 <sup>nd</sup> Nominee Name	ामित व	on	Fo	•									•				•	-und	d T			
रिश्ता/ Related as	- : [		<u> </u>																	<u> </u>		

पता / Address	:																
मैं एतद्द्वारा योजना के सभी नियमों साथ ही In hereby agree to abide by a by the Board of Administration	II the rules o	f the s	che														
मैं एतद्द्वारा अपने वेतन से प्रतिमाह रु.125 करने हेतु बैंक को अप्रतिसंहरणीय प्राधिका I hereby give an irrevocable a as may be decided by the Employees' Death Relief Fur	र देता/ देती हूं. authority to th Administrate	ne Bar	nk to	o dedu	ct fr	om my	sala	ary a	sur	m c	of F	?s.1	25.0	o pe	er m	onth	or such sums
स्थान Place: दिनांक Date:			Sigr	nature ,		मावेदक के umb im							cant				
नामांकन के लिए गवाह Witness for I	Nomination																
 हस्ताक्षर (Signature)				 हस्ताक्षर	(Si	gnature	e)		-								
पूरा नाम : Full Name					ų	्रा नाम F	ıll n	ame:									
घर का पता Residential Address :				घर	का प	प्रता Resi	den	tial A	ddr	ess	S :						
		•				लिय के उप ger / Re				e)							
हम उक्त सूचना के सत्यापन और उसकी स की संस्तुति करते हैं.	ात्यता की पुष्टि क	रते हैं,ह	म एत	द्द्वारा श्री,	/श्रीम	ती/ कुमारी	-									्को व	कोष का सदस्य बनाने
We have verified the above in Smt. / Kum for admitting as a member of		ind co -	onfir	m its c	orre	ectness	. W	/e he	reb	y r	ecc	omr	nen	d th	ne a	ppli	cation of Shri /
दिनांक Date :																	
क्षेत्रीय प्रबंधक	शाखा प्रबंधक,	विभाग व	का प्र°	भारी अधि	कारी	Branch	Ма	ınage	r/D	ept	tIr	n-Cl	narg	ge			
Regional Manager							ाखा ।	Branc	:h /	' कार 	र्याल 	य/(	Offic	е			
	(का	र्यालय टे	क्र उपर	योग के लि	ाए / F	or Offi	ce u	ise or	ıly)								
स्वीकृत Accepted :				Serial N ग पंजीकरप		ominati	on F	: Read.			:						
(कोष का प्रशासक Administrator (	of the Fund)	संव	स्यत			nbershi		_									