



साऊथ बिहार एस0बी0आई0 इम्पलाईज को-ऑपरेटिव क्रेडिट सोसाईटी लि0, राँची
SOUTH BIHAR S.B.I. EMPLOYEES' CO-OPERATIVE CREDIT SOCIETY LTD., RANCHI

सदस्यता आवेदन प्रपत्रा / MEMBERSHIP APPLICATION

अभिप्रेमाणित छाया
चित्रा
सक्षम अधिकारी द्वारा
Photograph
duly, attested by
Competent Authority

सेवा में,
प्रबंधन समिति
साऊथ बिहार एस0बी0आई0 इम्पलाईज
को-ऑपरेटिव क्रेडिट सोसाईटी लि0, राँची

To,
The Managing Committee,
South Bihar SBI Employees'
Co-operative Credit Society Ltd., Ranchi

Membership No.
Allotted / Date
SB/
Date :

महाशय / पतए

मैं इस "समिति" का सदस्य बनना चाहता/चाहती हूँ। मैंने इसके उपविधियों का अध्ययन कर लिया है, तदनुसार मैं इसमें अपना विश्वास व्यक्त करता/करती हूँ एवं समय-समय पर भविष्य में होनेवाले सुधारों का मानने का वचन देता/देती हूँ। मैं "समिति" से अनुरोध करता/करती हूँ कि वो मुझे "समिति" का 10 (दस) हिस्सा पूँजी रु0 10६ प्रति हिस्सा पूँजी की दर से आवंटित करें जिसे मैं स्वीकार करूँगा/करूँगी।

Name of the applicant / आवेदक का नाम
Designation / पदनाम
Place of Posting / शाखा का नाम
Branch Address with Br. Code / शाखा का पता एवं कूट सं0
Father / Husband's Name / पिता/पति का नाम
Salary Account No. with SBI / एस.बी.आई. के साथ वेतन खाता सं0

P.F. No.	Date of Birth / जन्मतिथि
	DD MM YYYY
Dt. of Joining	Dt. of confirmation
	DD MM YYYY
Permanent Address with PIN Code	
Personal Contact No.	
Mobile No.	
Ph. Residence	
e-mail :	

मैं यह घोषणा करता/करती हूँ कि उपरोक्त सभी जानकारीयों एवं संख्या सही हैं। मैं यह भी घोषणा करता/करती हूँ कि "मैं किसी अन्य साख समिति" का सदस्य नहीं हूँ। उपरोक्त जानकारीयों या घोषणाओं में से किसी के भी गलत पाये जाने की अवस्था में मेरी सदस्यता समाप्त की जा सकती है।

मैं बचन देता/देती हूँ कि समिति को भुगतये अनिवार्य मासिक किस्त/ऋण का मासिक किस्त का भुगतान अपने वेतन से कटौती करा कर प्रति माह जमा करूँगा/करूँगी। साथ ही साथ किसी तकनीकी गड़बड़ी अथवा अन्य कारणों से मासिक किस्त का कटौती वेतन से नहीं हो पाया तो मैं बकाये का भुगतान उसी माह में जमा कर समिति को सूचित करूँगा/करूँगी एवं सही मासिक किस्त की कटौती के लिए सक्षम अधिकारी को सूचित करूँगा/करूँगी।

मैं निम्नलिखित व्यक्ति को नामित (Nominate) करता/करती हूँ, जिन्हें मेरी मृत्यु के उपरांत पूँजी का मुल्य तत्तम वसूलना जो मुझे दिया जाएगा, उसकी आमद (Dividend) और/या कोई भी धन जो मुझे भुगतान किया जाना हो, और/या परिवार कल्याण योजना (Family Welfare Scheme) के अन्तर्गत बीमा राशि या/और मेरे मियादी जमा खाते, आवर्ती जमा (Spl./Fixed Deposit, Recurring Deposit) का भुगतान, समिति पर मेरी देनदारियों को समायोजित कर, किया जाए :-

Name of the Nominee / नामित का नाम
Age / उम्र (आज की तिथि में)

Relationship with the applicant / आवेदक के साथ संबंध
Date of Birth / जन्म तिथि (in case of minor)
DD MM YYYY
Signature of the Applicant / आवेदक का हस्ताक्षर (Optional)

यह प्रमाणित किया जाता है कि उपरोक्त जानकारीयों जो श्री/श्रीमती/सुश्री द्वारा दी गई है, मेरी जानकारी में सत्य है।

हस्ताक्षर संस्था प्रमुख/सहायक महाप्रबंधक/
मुख्य प्रबंधक/शाखा प्रबंधक, मुहर के साथ

संस्तुति / RECOMMENDATION

हम आवेदक को समिति का सदस्य/सदस्यता बनाये जाने की संस्तुति करते हैं :-

संस्तुति करने वाले सदस्य का नाम	सदस्यता सं०	शाखा/कार्यालय	हस्ताक्षर

संस्तुति के साथ अग्रसारित / Forwarded with recommendation

Signature (Member, Managing Committee)

हस्ताक्षर (शाखा सचिव/सदस्य, प्रबंधन समिति)

केवल कार्यालय उपयोग के लिये / Only for Office Use

(कृपया इस स्थान पर कुछ न भरें)

श्री/श्रीमती/सुश्री/

को "समिति" का सदस्य बनाया जाता है।

Mr./Mrs./Miss has been admitted as a member of

the "Society" दिनांक / On को, इन्हें सदस्यता संख्या / Membership No.

SB

प्रदान किया गया / has been allotted to him/her.

दर्जकर्ता का हस्ताक्षर

Signature of the Indexing Person

सचिव/प्राधिकृत हस्ताक्षरी का हस्ताक्षर

Signature of the Secretary/Authorised Signatory

ड्राफ्ट/चेक/जमापत्री सं०

दिनांक

रु०

Draft/Cheque/Dep. Slip No. Date for Rs.

प्राप्त किया गया एवं सदस्यता वही में दर्ज किया गया। जिन्हें विभिन्न संबंधित खातों में नीचे दिये गये विवरण के अनुसार जमा किया गया—
received and entered in the **Membership Register**. The amount has been deposited to different heads of accounts as detailed below :-

a) Sundry Deposit Account (Membership fee)	Rs.
b) Share Capital Account	Rs.
c) First Instalment of Retirement Benefit Fund	Rs.
d) First Instalment of Family Welfare Scheme	Rs.
e)	Rs.
Total	Rs.

दर्जकर्ता
Registrar

ट्रा० सं०
T.R. No.

Checked by

अध्यक्ष/प्राधिकृत हस्ताक्षरी
Chairman/Authorised Signatory

नोट/Note: कृपया अनुलग्नक I एवं अनुलग्नक II हस्ताक्षर अवश्य संलग्न करें। अनुलग्नक I में उपयुक्त स्थान पर हस्ताक्षर के अलावे कुछ न भरें

Please assure to send Annexrure I & II duly signed, alongwith this application form and please do not write anything in Annexure I except your signature at the proper place.



साऊथ बिहार एस0बी0आई0 इम्पलाईज को-ऑपरेटिव क्रेडिट सोसाईटी लि0, राँची
SOUTH BIHAR S.B.I. EMPLOYEES' CO-OPERATIVE CREDIT SOCIETY LTD., RANCHI

सदस्यता प्रमाण पत्रा / CERTIFICATE OF MEMBERSHIP

छाया चित्रा
के लिये स्थान
Space for
Photograph

सेवा में / To,

श्री / श्रीमती / सुश्री

Mr./Mr :

भारतीय स्टेट बैंक / State Bank of India

..... शाखा / Branch

महोदय / महोदया / Sir/Madam,

आपको सूचित किया जाता है कि प्रबंधन 'समिति' ने आपकी सदस्यता स्वीकार कर ली है, जिसका ब्योरा निम्नलिखित है :-
We are glad to inform you that you have been admitted as a member of the 'Society' as per details below :-

(क) सदस्य का नाम :

Name of the Member :

(ख) आवंटित सदस्यता संख्या :

Membership No. Allotted :

SB				
----	--	--	--	--

(ग) पिता / पति का नाम :

Father/Husband's Name :

(घ) नामिति का नाम :

Name of the Nominee : सदस्य के साथ संबंध Relationship with the member

(ङ) आपको "समिति" का 10 (दस) हिस्सा पूँजी रू0 10 (दस) की दर से आवंटित किया गया।

You have been allotted 10 (Ten) Shares of the "Society" @Rs. 10 (Ten) each.

पत्रांक दिनांक द्वारा जारी किया गया।



सदस्य का हस्ताक्षर / Signature of the Member

(सचिव / Secretary)

वास्ते : साऊथ बिहार एस0बी0आई0 इम्पलाईज
को-ऑपरेटिव क्रेडिट सोसाईटी लि0, राँची

वेतन से कटौती का प्राधिकार पत्रा

(आवेदक द्वारा भरा जाए)

अनुलग्नक - II

सेवा में,

शाखा प्रबन्धक / सहायक महाप्रबन्धक

भारतीय स्टेट बैंक

..... शाखा / कार्यालय

दिनांक

मैं एतद् द्वारा 'भारतीय स्टेट बैंक' को प्राधिकृत करता / करती हूँ कि वह प्रति माह मेरे वेतन से रू0

(रूपये मात्रा) काट कर 'साऊथ बिहार एस0बी0आई0 इम्पलाईज को-ऑपरेटिव

क्रेडिट सोसाईटी लि0, राँची' को रू0 सेवा निवृत्त निधि एवं रू0

..... परिवार कल्याण योजना के खाते में जमा करने हेतु भेजें। यह प्राधिकार पत्रा बिना 'समिति' के सहमति के वापस लेने योग्य नहीं है।

नाम

शाखा / कार्यालय

(आवेदक का हस्ताक्षर)

परिवार कल्याण योजना : क्षतिपूर्ति तालिका
FAMILY WELFARE SCHEME : INSURANCE COVERAGE INDEX

दुर्घटना के कारण / Accidental : क्षतिपूर्ति / बीमा की राशि रु०

1. दुर्घटना के कारण मृत्यु	5,00,000/-
2. दो हाथ / पैर या दोनों आँखे खो जाना या एक हाथ / पैर एवं आँख खो जाना	2,00,000/-
3. एक हाथ / पैर या एक आँख खो जाना	1,00,000/-
4. स्थाई पूरी तरह अयोग्यता / शारीरिक रूप से पूर्ण अपंगता होना (उपरोक्त अवस्थाओं को छोड़कर)	2,00,000/-

अंग / Organs of the Body :

5. पैर की अंगुलियाँ (सारी)	50,000/-
6. अंगूठा	10,000/-
7. अंगूठे के अलावे एक से अधिक पैर की अंगुलियाँ (प्रति अंगूली)	2,000/-
8. बहरा होना (दोनों कान)	1,00,000/-
9. बहरा होना (एक कान)	25,000/-
10. एक हाथ की चार अंगुलियाँ एवं अंगूठा	60,000/-
11. एक हाथ की चार अंगुलियाँ	50,000/-
12. अंगूठा एक हाथ	20,000/-
13. अंगूठा दोनों हाथ	50,000/-
14. अंगुलियाँ एवं हथेली (प्रति)	5,000/-

प्राकृतिक मृत्यु / अन्य मृत्यु (दुर्घटना छोड़कर) की अवस्था में परिवार कल्याण योजना (FWS) खाते में जमा राशि का 15 (पन्द्रह) गुणा क्षतिपूर्ति देय है। (न्यूनतम रु० 25,000 और अधिकतम 2.00 लाख)

AUTHORITY FOR DEDUCTION FROM SALARY

Annexure - II

(To be filled in by the applicant)

To,
The Branch Manager / Asstt. General Manager
STATE BANK OF INDIA,
..... Branch / Office
.....

I hereby authorise "STATE BANK OF INDIA" to deduct from my Salary **every month** a sum of Rs.
(Rupees only)
and remit to 'SOUTH BIHAR S.B.I. EMPLOYEES' CO-OPERATIVE CREDIT SOCIETY LTD., RANCHI
as Contribution toward s my **Retirement Benefit Fund** (Rs.) and **Family Welfare Scheme** Rs. This letter of authority is irrevocable without the consent of the Society.

Name

Branch Office

(Signature of the Applicant)