



परस्पर विश्वास ही, विकास का आधार, आओ बढ़ाये विश्वास, करें विकास

जीवन ज्योति क्रेडिट सहकारी सोसायटी मर्या.

नेहरु बाल उद्यान मार्ग, अशोकनगर(म.प्र.)
रजि.नं. DR/ASN/118335

ACCOUNT OPENING FORM

खाता खोलने हेतु
प्रयोग करें

योजना का नाम :
Name of Plan:

DD/RD/FD/SAVING

खाता संख्या :
Account No.:

सदस्य संख्या :
Membership No.:

आधार क्र.
UID NO.:

योजना का नाम Name of Plan	समयावधि Term	प्रारंभ तिथि A/c Opening Date	कुल जमा Total Deposit Account	देय विधि जमा Mode	किस्त राशि Premium Amount	परिपक्वता Maturity Amount

श्रीमान कृपया निम्न विवरण के अनुसार एक खाता खालें। प्रारंभिक जमा राशि रु. /-(अक्षरों में रु.
.....)/ Please Open an Account as per details given below with an initial deposit of Rs.
..... / In WORDs (Rs.)

आवेदक का नाम श्री/श्रीमति/सुश्री :
Applicant's Name: Mr./Mrs./Ms.

पति/पिता का नाम :
Husband/Father's Name :

जन्म तिथि :
Date of Birth :

आयु :
Age :

लिंग :
Gender :

वर्ग :
Category :

वर्तमान पता :

Current Address :

ASHOKNAGAR

जिला /

DISTRICT

ASHOKNAGAR

पिनकोड
PINCODE

4 7 3 3 3 1

ईमेल / E-mail..... व्यवसाय / Occupation :

मोबाईल नं. :
Mobile No. :

पैन :
PAN :

आवेदक के हस्ताक्षर :
Applicant Signature:

यदि पेनकार्ड नहीं है तो फार्म 60/61 भरें। Please Fill Form No. 60/61 in case of Non-availability Of PAN.

यदि जमा अवयस्क के नाम से है तो अवयस्क की जन्मतिथि/ DOB of Minor

अभिभावक का नाम / Guadian Name :

अवयस्क के साथ संबंध / Relationship with Minor..... / Age..... लिंग / Gender

पता.....

आवेदक के हस्ताक्षर :
Applicant Signature:

परिचय / पहचान विवरण Introdurers Details

परिचयदाता का नाम व पता :

परिचयदाता का खाता नं. :

आयु

मैं प्रमाणित करता हूँ कि मैं श्री/ श्रीमति / सुश्री को पिछले वर्ष से

जानता / जानती हूँ संस्था में खाता खोलने हेतु दिया गया इनका निजी विवरण मेरे अनुसार सही है।

परिचयदाता / एडवाइजर के हस्ताक्षर :

सत्यापनकर्ता अधिकारी हस्ताक्षर :

Introducer/Advisor Signature:

Verifying Officer Signature:

नोमिनेशन फार्म / NOMINATION FORM

मैं निम्नलिखित व्यक्ति / व्यक्तियों को अपने जमा खाते के संदर्भ में नामिति नियुक्त

करता / करती हूँ।

प्रथम नोमिनी श्री/श्रीमति/सुश्री :
First Nominee Name Mr./Mrs./Ms.

पति/पिता का नाम :
Husband/Father's Name :

जन्म तिथि :
Date of Birth :

आयु :
Age :

लिंग :
Gender :

वर्ग :
Category :

* नामिति आज दिनांक को आवश्यक होने से, मैं श्री / श्रीमति / सुश्री

आयु पता

को अवयस्क का संरक्षक नियुक्त करता / करती हूँ।

गवाह/ Witness

नाम पहचान संख्या :

पता Identify No.:

दिनांक :
Date.:

आवेदक के हस्ताक्षर :
Applicant Signature:

* वैधानिक सूचना *

जीवन ज्योति क्रेडिट सहकारी सोसायटी मर्या. अशोकनगर म.प्र. सहकारिता अधिनियम 1960 के तहत पंजीकृत है एवं सोसायटी आम जनता के साथ किसी भी प्रकार का बैंकिंग व्यवसाय नहीं करती है म.प्र. सहकारिता अधिनियम के तहत संस्था अपने सदस्यों के मध्य वित्तीय लेन-देन कर सकती हैं।