

अहमदनगर जिल्हा परिषद सर्व्हन्टस को-ऑप.क्रेडिट सोसायटी लि., अहमदनगर
प्लॉट नं १७३, क १, केतकर हॉस्पिटल शेजारी, टिळक रोड, अहमदनगर
फोन नं. २४७०११०

आर . डी . फॉर्म

दिनांक :

प्रति,

मा . चेअरमन

अहमदनगर जि . प . स . को-ऑ.के . सोसायटी लि.,

अहमदनगर

विषय : संस्थेत आर . डी खाते उघडण्या बाबत .

अर्जदार-

महोदय,

अहमदनगर जिल्हा परिषद सर्व्हन्टस को-ऑप.क्रेडिट सोसायटी लि., अहमदनगर
संस्थे मध्ये माझे खाते नंबर आहे . माझे रक्कम रूपये () आर . डी

(बचत खाते) उघडण्यात यावे .

मी दरमहाच्या पगारातून सदर रक्कम संस्थेकडे जमा करण्याची हमी देत आहे . मी आर . डी
(बचत ठेव) ठेवीबाबतचे नियम वाचले आहे . सदर नियम व वेळोवेळी आमलात येणारे नियम माझ्यावर
बंधनकारक राहतील .

दुर्दैवाने माझे निधन झाल्यास माझ्या खात्यावर जमा असलेली आर . डी . ची रक्कम खालील
नमुद केलेल्या वारसास देण्यास संमती देत आहे .

वारसाचे नांव व पत्ता

१ . श्री /श्रीमती (फोन नं . /मोबाईल नं .)
वारसाचे पत्ता

वर नमुद केलेली माहिती खरी असुन वरील प्रमाणे खाती उघडण्यास संमती देत आहे .

सभासदाची स्वाक्षरी :

सभासदाचे नांव :

कार्यालयीन पत्ता:

(फोन नं . /मोबाईल नं .)