## ईसीएल अधिकारी हितकारी राशि नई सदस्यता-सह-नामांकन प्रपत्र

1.	सदस्य का नाम	32		**********
2.	सदस्य का पदनाम	<b>%</b>	***************************************	******
3.	अ.क.सं. / ईआईएस वं.	21		
4.	सदस्य का पता	:		
	2 2 2			
5.	सदस्य का संपर्क नंबर	89		***********
6.	कार्यस्थल	32		***************************************
7.	चेक/भुगतान विवरण	8		
	(केवल नए सदस्यों के लिए*)			
8.	क) नामित का नाम	8		
	ख) सदस्य के साथ संबंध			
	i) संपर्क नंबर	;		
	ii) पता	22		ommonen.
9.	अन्य काई विवरण, यदि हा	:	***************************************	**************
	<ul> <li>स्ववीन सदस्यता पंजीकरण शुल्क</li> </ul>	(कृ	पया लागू पर टिक करें	)
	क) पांच वर्षों से कम की सेवा (	(नियु	कि के बाद से)	₹. 1220/-
	ख) पाँच वषाँ से अधिक की सेवा	(नि	युक्ति के बाद से)	₹. 4310/-
	दिनांक :		हस्ताक्षरः	
	स्थान :		नाम :	
	केवल नये सदस्यों के लिए			
	(अपर हस्ताक्षर करने के साथ-साथ नीचे	विण	ति घष्रणा पर भी हस्ताक्षरि	त किया जाना आवश्यक है
	में अधिकृत करता हूँ कि मेरे वेतन	ा से	ईसीएल अधिकारी हित	कारी राशि की मासिक
	सदस्यता काट ली जाए।		88 77 18	
	दिनांक :		हस्ताक्षरः	
	RESERVOYAL SEC			

## ECL OFFICER'S BENEVOLENT FUND

## NEW MEMBERSHIP CUM NOMINATION FORM

	in the second se				
1. Name of the Member	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				
2. Designation of the Member	1				
3. Unique Man No /EIS No	1				
4. Address of the Member	1				
Ť.					
1, €					
5. Contact No. Of The Member	;				
6. Place of Posting	:				
7. Cheque/Payment Details (For New Members Only*)	1				
8. A. Name of the Nominee	1 ,				
B. Relation with the Member i. Contact No	I				
ii. Address	:				
9. Any Other Details, If Any	·				
<ul> <li>New Membership Registration Fees (Please Tick as Applicable):</li> </ul>					
A. Less Than 5 Years Of Service (Undergone Since Appointment)  Rs.1220 /-					
B. More Than Five Years Of Service (Undergone Since Appointment) Rs. 4310 /-					
	Signature :				
Dated:	*				
Place:	Name :				
For New Members Only (Declaration as mentioned below is required to be signed in addition to the signature above)					
I Authorize ECL Officer's Ben Subscription from my Salary.	evolent Fund to Deduct the Monthly				
- 100	Signature:				

Date: