

Membership No.....
Registration No.....
Date.....

आवेदन प्रपत्रसशस्त्र सेना मुख्यालय संवर्ग कल्याण निधि की सदस्यता

1. पूरा नाम :
Name (in full)
2. पिता/पति का नाम :
Father's/Husband's Name
3. जन्म की तारीख :
Date of Birth
4. पदनाम :
Designation
5. मूल वेतन :
Basic Pay
6. अनुभाग/कार्यालय का नाम :
Section/Office Name
7. सेवा में आने की तिथि :
Date of joining the service
8. सेवानिवृत्ति की तारीख :
Date of Retirement
9. परिवार के सदस्यों का विवरण:
Details of family members
(सेवा पुस्तिका के अनुसार)

क्रम संख्या	नाम	जन्म तिथि	सदस्य से संबंध	वैवाहिक स्थिति
(क)				
(ख)				
(ग)				
(घ)				

मैं घोषणा करता/करती हूँ कि मैंने स से मु संवर्ग कल्याण निधि की नियमावली एवं उपनियम पढ़ लिए हैं। मैं इस सोसाइटी का सदस्य बनना चाहता/चाहती हूँ। इस निधि के अंशदान के लिए मैं अपने प्रशासनिक कार्यालय कोरुपये मासिक वेतन में से देने के लिए सहमत हूँ। यह राशि प्रतिमाह मेरे वेतन से काट ली जाए।

I hereby declare that I have read the Rules and bye-laws of AFHQ Cadres Kalyan Nidhi and am desirous of becoming a member of this society. I agree to pay monthly towards the subscription of this fund. This amount may please be deducted from my pay.

Signature.....

Name

Dated.....

विभाग/कार्यालय के प्रशासन स्कंध से सत्यापन प्रमाण-पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी.....पुत्र/पत्नी/पुत्री
श्री..... इस मंत्रालय/विभाग/कार्यालय में
के ग्रेड में नियमित/स्थाई कर्मचारी है।

प्रशासन स्कंध के कार्यालय

प्रभारी के हस्ताक्षर

Certified that Shri/Smt/Kum.....
Son/Wife/Daughter ofis a regular/permanent employee in
the grade ofin this Ministry/Departement/Office.

Signature of the
Office In charge of
Administration Wing