

बोधिसत्व सहकारी रुग्णालय मर्या. पुणे

नोंदणी क्रमांक (जा. क्र. पी.एन.ए/ जिऊनि(शहर)/ जीएनएल/(ओ)157/2020-21/सन 21 दि.29 सप्टेंबर 2021

परिशिष्ट ब

(उपविधी क्र. ड. 1.4 (1) तुसार सभासद होण्याकरिता अर्जाचा नमुना)

मा. अध्यक्ष/उपाध्यक्ष

बोधिसत्व सहकारी रुग्णालय मर्या. पुणे.

महोदय,

मी बोधिसत्व सहकारी रुग्णालय मर्या. पुणे या संस्थेचा सभासद होण्याकरिता अर्ज सादर करीत आहे. माझी संपूर्ण माहिती खालीलप्रमाणे नमूद करीत आहे.

1. संपूर्ण नाव (मराठीत)	_____	_____	_____
	(आडनाव)	(नाव)	(वडिलांचे / पतीचे नाव)
Full Name In Capital:	_____	_____	_____
	(Surname)	(Name)	(Father/Husband)
2. जन्म तारिख / Date of Birth	:-----/-----/वय :-----वर्ष		
3. मोबाईल नं.	----- व्हॉट्सअप नं:-----		
4. व्यवसाय/नोकरी इ.	:-----		
5. मासिक उत्पन्न रु.	:-----		
6. सेवेमध्ये असल्यास कार्यालय/व्यवसायाचा पत्ता	:-----		
7. पद (सेवेतील पद)	:-----		
8. ई मेल आय. डी	:-----		
9. कायम निवासी पत्ता	:-----		
10. पत्रव्यवहाराचा पत्ता	:-----		
11. आधार कार्ड क्र. (प्रत जोडावी)	:-----		

संस्थेच्या उपविधीमध्ये विहित केलेल्या भागाची रक्कम रु ----- आणि प्रवेश फी रु.1000/-
एकूण रु.-----रोख /धनादेश क्र-----दिनांक-----/-----बँकेचे नाव-----
-----शाखेचे नाव-----यासबोत भरणा केला आहे.

महाराष्ट्र सहकारी संस्था अधिनियम १९६० व त्याखालील नियम आणि आपल्या संस्थेचे मंजूर उपविधी मला बंधनकारक राहतील.

तरी आपल्या संस्थेच्या उपविधीमधील तरतुदीनुसार संस्थेचे सभासदत्व घ्यावे.

वारसदाराचे नाव : -----

स्थळ : -----

दिनांक : -----

आपला विश्वासु

सही : -----

अर्जदारास सभासदत्व देण्यात येत आहे.



Scan Here to Pay

अध्यक्ष

संपर्क/मोबाईल नं: 9096794939

बोधिसत्व सहकारी रुग्णालय मर्या. पुणे