

फॉर्म 10

ज्येष्ठ नागरिक बचत योजना खात्यातील नामांकन रद्द करण्यासाठी किंवा बदलण्यासाठी अर्ज

बँकेचे/शाखेचे नाव: \_\_\_\_\_

खाते क्रमांक: \_\_\_\_\_

योजनेचे नाव: \_\_\_\_\_

प्रति,

शाखा व्यवस्थापक

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1. मी/आम्ही, ठेवीदार(एकाधिक ठेवीदार) \_\_\_\_\_ याद्वारे खाली दिलेल्या व्यक्ती ना, माझे/आमचे निधन झाल्यास, खाते बंद होण्यापूर्वी, वर नमूद केलेल्या खात्यात जमा असलेल्या रकमेचे प्राप्तकर्ता (एकाधिक प्राप्तकर्ता) म्हणून नामांकित करत आहोत.

अ. क्र.	नामनिर्देशित व्यक्तीची नावे आणि नाते	पूर्ण पत्ता(पत्ते)	नामनिर्देशित व्यक्तीचा(व्यक्तींचा) आधार क्रमांक	अल्पवयीन असल्यास नामनिर्देशित व्यक्तीचा जन्मदिनांक	हक्काचा वाटा	हक्काचे स्वरूप विश्वस्त किंवा मालक

2. वर नमूद केलेल्या अनुक्रमांक \_\_\_\_\_ येथील नामनिर्देशित व्यक्ती(व्यक्तीं) अल्पवयीन असल्याने, मी श्री/श्रीमती/कुमारी \_\_\_\_\_ यांचा मुलगा/मुलगी/पत्नी, पत्ता \_\_\_\_\_ यांना, नामनिर्देशित व्यक्ती(व्यक्तीं) अल्पवयीन असताना माझा मृत्यू झाल्यास, सदर खात्यांतर्गत देय रक्कम स्वीकार करण्यास नियुक्त करतो/करते.

वरील नामांकनाचा परिणाम खाली दर्शविल्याप्रमाणे होईल.

हे नामांकन, दिनांक \_\_\_\_\_ च्या \_\_\_\_\_ नोंदणी क्रमांक असलेल्या खात्याबाबत केलेल्या मागील नामांकनाला मागे घेते.

किंवा

सदर खात्यासाठी यापूर्वी कोणतेही नामांकन करण्यात आलेले नाही.

खात्याचे पासबुक/ठेवी पावती/विवरण पत्र सोबत जोडले आहे.

ठेवीदारा(ठेवीदारां)ची स्वाक्षरी/अंगठ्याचा ठसा

(अंगठ्याचा ठसा लेखा कार्यालयाच्या ओळखीच्या व्यक्तीने प्रमाणित केला पाहिजे)

**साक्षीदार:**

1. नाव: \_\_\_\_\_

पत्ता: \_\_\_\_\_

स्वाक्षरी \_\_\_\_\_

2. नाव: \_\_\_\_\_

पत्ता: \_\_\_\_\_

स्वाक्षरी \_\_\_\_\_

**फक्त कार्यालयीन वापरासाठी**

नामांकन नोंदणीकृत अनुक्रमांक \_\_\_\_\_.

दिनांक:

शाखा व्यवस्थापकाची स्वाक्षरी आणि शिक्का