

FORM “ D ”

નમુનો “ ડી ”

૧. Name of the establishment :
સંસ્થાનું જો નામ હોય તો
૨. Postal address and situation of the establishment :
સંસ્થાની ટપાલનું સરનામું અને સ્થળની વિગત
૩. Situation of office, storeroom, godown, warehouse, or workplace if any, attached to a shop but situated in premises different from those of the shop. :
દુકાન સાથે જોડાયેલ પણ દુકાનના સ્થળથી અલગ સ્થળે આવેલ કચેરી-સ્ટોરરૂમ-ગોદામ-વખાર કે કામનું સ્થળ હોય તો તે સ્થળ અંગેની વિગત.
૪. Name of the employer :
માલિકનું નામ
૫. Residential address of the employer :
માલિકના રહેઠાણના સ્થળનું સરનામું.
૬. Name of the Manager if any, and his residential address. :
જો હોય તો વ્યવસ્થાપકનું નામ અને રહેઠાણનું સરનામું.
૭. Category of the establishment i.e. whether shop, commercial establishment, residential hotel, restaurant, eating house, theatre or other place of public amusement or entertainment. :
સંસ્થાનો પ્રકાર એટલે કે દુકાન, વેપારી સંસ્થા, રહેવાની સગવડ ધરાવતી હોટલ, રેસ્ટોરાં, ભોજનાલય, થીએટર અથવા આનંદ પ્રમોદ કે મનોરંજન માટેનું અન્ય જાહેર સ્થળ છે કે કેમ?
૮. Nature of business :
કામકાજનો પ્રકાર
૯. Date of commencement of business :
ધંધો શરૂ કર્યાની તારીખ

૧૦. Name of members of business family employed in the establishment

Adult men _____

Adult women _____

Young persons _____

Total _____

સંસ્થા માલિકના પોતાના કુટુંબીજનો સંસ્થામાં નોકરીએ રાખવામાં આવ્યા હોય તો તેમના નામો :

પુખ્ત વયના પુરુષ _____

પુખ્ત વયની સ્ત્રીઓ _____

નાની વયનાં _____

કુલ _____

૧૧. Name of other persons occupying position of Management or Employees engaged in confidential capacity (indicate sex and age in case of young persons).

વ્યવસ્થા તંત્રમાં હોદ્દો ધરાવતી અન્ય વ્યક્તિ અથવા વિશ્વાસપાત્ર વ્યક્તિઓના તરીકે કામમાં રખાયેલી વ્યક્તિઓના નામ (નાની વયના વ્યક્તિઓની બાબતમાં જાતિ અને વય દર્શાવવી) :

૧૨. Total number of employees:

Adult men _____

Adult women _____

Young persons _____

Total _____

નોકરીયાતોની કુલ સંખ્યા: :

પુખ્ત વયના પુરુષ _____

પુખ્ત વયની સ્ત્રીઓ _____

નાની વયનાં _____

કુલ _____

૧૩. Registration No. and Date

નોંધણી નંબર અને તારીખ :

૧૪. Date of last renewal

છેલ્લી તાજ કરાવ્યાની તારીખ :

Date

તારીખ

Signature of the Employer

માલિકની સહી

Note:-

1. This statement shall be sent to the Inspector of the local area concerned with such face as are prescribed schedule.
 2. Item 3 should be filled only when the office, storeroom, etc. is not separately registered under the Act, in respect of such office, storeroom, etc. particulars are required under 10, 11 & 12 should be given separately in this statement.
 3. The Original Certificate in C shall be enclosed.
 4. If the number of employers is more than one, then names and residential address of all employers shall be given in items 4 & 5 respectively.
૧. અનુસૂચી [૨] માં ઠરાવેલી ફી સાથે લાગતા વળગતા વિસ્તારના નિરિક્ષકને વિવરણ પત્ર મોકલવું.
 ૨. કચેરી, સ્ટોરરૂમ વિગેરેની આ નિયમની હેઠળ અલગ રીતે નોંધણી ન કરાઈ હોય ત્યારે બાબત ૩ ભરવી. આ કચેરીમાં સ્ટોરરૂમ વિગેરે અંગે બાબત ૧૦, ૧૧ અને ૧૨ હેઠળ આપવાની થતી વિગતો આ વિવરણ પત્રકમાં અલગ આપવી.
 ૩. નમુનો “ સી ” મુજબનું પ્રમાણપત્ર સાથે બીડવું.
 ૪. જો માલિકોની સંખ્યા એકથી વધારે હોય તો માલિકોના નામો અને સરનામા અનુ. નં.૪ અને ૫ માં દર્શાવવા.

જુઓ કોલમ ૧૮ (૧)

પ્રતિ,

બોમ્બે શોપ્સ એન્ડ એસ્ટાબ્લીશમેન્ટ ૧૯૪૮ અન્વયેના ઇન્સ્પેક્ટર

૧. માલિકનું નામ: _____.
૨. સંસ્થાનું નામ જો હોય તો: _____.
૩. સંસ્થાનું ટપાલનું સરનામું: _____.
૪. રજીસ્ટર સર્ટીફિકેટ નંબર: _____.
૫. ધંધાનો પ્રકાર: _____.

અમો અમારી ઉપર જણાવેલી સંસ્થા / પેઢી ચાલુ સાલે _____ થી શરૂ થતાં વર્ષમાં તારીખ _____ થી તારીખ _____ સુધી દરેક _____ વારના રોજ બંધ રાખી અઠવાડિક રજા પાળીશું તેની નોંધ લેશોજી.

તા. _____ માહે _____ વર્ષ _____

માલિક / મેનેજરની સહી