



Gujarat Shops and establishment Employees' Group Insurance Scheme 1980

ગુજરાતની દુકાનો અને સંસ્થાઓના કર્મચારીઓની સામુહિક વીમા યોજના ૧૯૮૦

FORM 'A'

નમુનો 'એ'

See para 6 (2) of the Scheme

જુઓ યોજનાના ફકરા ૬ (૨)

Statement to be submitted by Employer in Duplicate to Local Authority while making payment of Contributions.

માલિક તરફથી જ્યારે કાળાની ચૂકવણી કરવામાં આવે તે સમયે બે નકલોમાં સ્થાનિક સત્તા મંડળને મોકલવાનું પત્રક.

1. Name and address of Establishment	
૧. સંસ્થાનું નામ અને સરનામું	
2. Licence number Under the Bom. Shops and Estts. Act. 1984	
૨. સને ૧૯૪૮ના મુ'બઈના દુકાનો અને સંસ્થાઓના અધિનિયમ અન્વયેનો નોંધણી નંબર	
3. Name and Designation of the Employer	
૩. માલિકનું નામ અને હોદ્દો	
4. Nature of Business	
૪. કામકાજનો પ્રકાર	
5. Number of qualified employees	
૫. લાયકાત ધરાવતા નોકરોની સંખ્યા	
6. Amount of Contribution for the year.....by cash / cheque	
૬.ના વર્ષ માટે કાળાની રકમ રોકડા / ચેકથી	

Details of qualified employees

લાયકાત ધરાવતા નોકરોની વિગત

Sr. No.	Name and Address of qualified Employee	Sex	Date of Birth	Date of joining & period of continuous service in the establishment	Name and address of Nominee	Remarks
અ.નં.	લાયકાત ધરાવતા નોકરોનું નામ તથા સરનામું	જાતિ	જન્મ તારીખ	સંસ્થાની નોકરીમાં જોડાયાની તારીખ અને સળંગ નોકરીનો સમય	નિયુક્ત વારસદારનું નામ તથા સરનામું	નોંધ
1	2	3	4	5	6	7

Place

સ્થળ :

Date

તારીખ :

Signature of Employer

માલિકની સહી

Received the amount of contribution of

ફાળાની રકમ

Rs. _____ Rupees _____ by cash

રૂ. _____ અંકે રૂ. _____ રોકડેથી

Cheque (No. _____ on _____ Bank)

ચેકથી (_____ બેંકનો ચેક નં. _____) મળ્યા છે.

Place

સ્થળ :

Date

તારીખ :

Seal of Local Authority

સ્થાનિક સત્તા મંડળનું મહોર :

Signature of Officer

અધિકારીની સહી