

ધી ભાગ્યોદય કો. ઓ. બેંક લિ.

સભાસદ બેનીફીટ ફંડ

સભાસદનું નામ :-

સભાસદ નંબર :-

ફોન નંબર :-

તારીખ :-

પ્રતિ,

ચેરમેન/સેક્રેટરી,

સભાસદ બેનીફીટ ફંડ કમિટી,

ધી ભાગ્યોદય કો. ઓપરેટીવ બેંક લિ.,

રજી. અને એડમી. ઓફીસ : પહેલો માળ, 1, સૂર્યદીપ બંગલોઝ,

નાલંદા કોમ્પલેક્ષની સામે, પ્રેમચંદનગર, સેટેલાઈટ,

અમદાવાદ - 380015.

મે.સાહેબ,

સભાસદ બેનીફીટ ફંડ અન્વયે શિષ્યવૃત્તિ યોજના બાબત

સવિનય આપના પરિપત્ર અનુસંધાને મારો પુત્ર/પુત્રી _____ શૈક્ષણિક
વર્ષ _____ દરમ્યાન લેવાયેલ _____ ની પરીક્ષામાં _____ % ગુણ મેળવી
ઉત્તિર્ણ થયેલ છે. જેના જરૂરી પુરાવા આ સાથે બીડેલ છે. જે ધ્યાનમાં લઈ શિષ્યવૃત્તિની રકમ ચૂકવી આપવા યોગ્ય કરશો.

આપનો વિશ્વાસુ,

બીડાણ :-

(સભાસદની સહી)

(૧) પ્રમાણિત માર્કશીટની નકલ

(૨) સભાસદે સદર શિષ્યવૃત્તિની રકમ જમા મેળવવા માટે જે તે બેંકના ચેકની ઝેરોક્ષ નકલ સહી કરી
સદર ફોર્મ સાથે આપવાની રહેશે.

(૩) જે સભાસદે કે.વાય.સી. પૂર્ણ કરેલ નહીં તો તેવા કિસ્સામાં શિષ્યવૃત્તિ પેન્ડીંગ રાખવામાં આવશે.

:- ઓફીસ નોંધ :-

સભાસદનું નામ _____ સભાસદ નં. _____

શિષ્યવૃત્તિપાત્ર બાળકની માહિતી

નામ	શાળાનું નામ	ધોરણ	પાસ કરેલ શૈક્ષણિક વર્ષ	ગુણ મેળવેલ/કુલ	ટકા	રીમાર્ક્સ

ઉપરોક્ત વિગતો ચકાસેલ છે. આથી શિષ્યવૃત્તિની રકમ રૂા. _____ ચૂકવી આપવા નક્કી કરવામાં આવે છે.

કમીટી મીટીંગ તારીખ _____ ઠરાવ નંબર _____ સેક્રેટરી _____

તારીખ _____ ચેરમેન _____ સેક્રેટરી _____