

ठेव खाते क्रमांक -

ठेव पावती क्रमांक -

सभासद  
नाममात्र सभासद

नीलकंठ को-ऑप. बँक लि. सोलापूर.

कॅश सर्टिफिकेट / बचत / मुदत ठेवीचा अर्ज

शाखा \_\_\_\_\_

15G 15H TDS

मॅनेजर

नीलकंठ को-ऑप. बँक लि. सोलापूर यांसी

आपले बँकेत मला / आम्हाला \_\_\_\_\_ वर्षे मुदतीची ठेव ठेवणेची आहे.

त्यासाठी मी / आम्ही आज रोजी रक्कम रु. ( \_\_\_\_\_ ) अक्षरी रु. \_\_\_\_\_

भरले आहेत. सदर ठेवीची रक्कम मुदत संपल्यानंतर व्याजासहित मला / आम्हाला \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ मिळणेची असून त्याप्रमाणे ठेवीची पावती मिळावी,  
अशी विनंती आहे. अज्ञानाचा जन्म दिनांक \_\_\_\_\_ आहे.

मी / आम्ही असे मान्य करतो की, सदर ठेवीची मुदत संपल्यानंतर बँकेने दिलेली पावती हजर करण्यास  
चुकलो तर संपलेल्या मुदतीनंतर झालेल्या दिवसाचे व्याजाबद्दल कोणत्याही तऱ्हेचा हक्क सांगणार नाही.

सदर ठेवीसंबंधीचे आपले बँकेचे वेळोवेळी अंमलात असणारे नियम मला / आम्हाला मान्य व बंधनकारक  
असून त्याप्रमाणे मी / आम्ही कबूल आहे / आहेत.

मुदत ठेव वेळेवर नुतनीकरण करून घेणेची जबाबदारी सर्वस्वी माझी / आमची राहिल.

(मासिक / तिमाही व्याजाची रक्कम सॅ. खाते क्र.

मध्ये जमा करावी, ही विनंती)

PAN No. \_\_\_\_\_ जन्म ता. \_\_\_\_\_

आपला / आपले

आधार न. \_\_\_\_\_

सही \_\_\_\_\_

पूर्ण नांव \_\_\_\_\_

पत्ता \_\_\_\_\_

मी वरील इसमास ओळखतो, त्यांनी दिलेली माहिती खरी असल्याची हमी देतो.

पूर्ण नांव \_\_\_\_\_

पत्ता \_\_\_\_\_

सही \_\_\_\_\_

ज्यु. ऑफीसर / सिनि ऑफीसर

मॅनेजर

## फॉर्म डी. ए. - १

तुमच्या ठेव खात्यासाठी हक्कधारक नोंदणी वेळेवर करा. ते तुमच्या हिताचे आहे.  
बँकेकडील ठेवीचे संबंधात रेग्युलेशन ॲक्ट १९४९ कलम ५६ व ४५ झेड अे व सहकारी बँकाबाबत (नामनिर्देशन)  
नियम १९८५ नियम २ व (१) ला अनुसरून करावयाचे नामनिर्देशन

मी/आम्ही \_\_\_\_\_

नाव व पत्ता

नीलकंठ को-ऑप. बँक लि. सोलापूर \_\_\_\_\_ शाखेतील माझे/आमचे दर्शिविलेल्या  
तपशीलाप्रमाणे असलेल्या ठेवीच्या रकमा माझे/आमच अज्ञानाचे मृत्युनंतर स्वीकारण्याचा अधिकार खालील  
नमूद केलेल्या व्यक्तींना हक्कधारक म्हणून देत आहेत.

ठेव

नामनिर्देशित व्यक्ती

| ठेवीचे स्वरूप | ठेवी क्रमांक | नांव | पत्ता | नामनिर्देशकांचे ठेवीदाराशी नाते | वय | अज्ञान असल्यास जन्मतारीख |
|---------------|--------------|------|-------|---------------------------------|----|--------------------------|
|               |              |      |       |                                 |    |                          |

नामनिर्देशित व्यक्ती अज्ञान आहे. त्यामुळे माझे / आमचे मृत्युनंतर/अज्ञान मृत्यू पावल्यानंतर वरील आमचे  
ठेवीची रक्कम अज्ञानाचे वतीने स्वीकारण्यास आम्ही श्री./श्रीमती/कु. \_\_\_\_\_ यांना  
नियुक्त केले आहे. सदरचे नामनिर्देशन यापुढे सर्व नुतनीकरणास लागू राहील.

ठिकाण :

तारीख :

साक्षीदाराचे १) नांव \_\_\_\_\_

पत्ता \_\_\_\_\_

सही \_\_\_\_\_

ठेवीदाराची सही/अंगठा

साक्षीदाराचे २) नांव \_\_\_\_\_

पत्ता \_\_\_\_\_

सही \_\_\_\_\_

ज्यु. ऑफीसर/सिनि. ऑफीसर

शाखाधिकारी

\* ज्यावेळी अज्ञानाचे नावाने ठेव ठेवलेली असेल तेव्हा अज्ञानाचे वतीने व्यवहार करण्याचा कायदेशीर अधिकार असणाऱ्या व्यक्तीनेच नामनिर्देशन करावयाचे आहे. \* नामनिर्देशन व्यक्ती अज्ञान नसेल तर संबंधित मजकूर रद्द करावा. \* ठेवीदार अंगठ्याचा ठसा देत असेल तर त्याला दोन व्यक्तींची साक्ष आवश्यक आहे.



# Neelkanth Co- op. Bank Ltd. Solapur

40 - B/3, Samrat Chowk, Budhwar Peth, Solapur - 413002.

Phone No. : 2728105, 2621455, 2651901

## ACCOUNT OPENING FORM

नीलकंठ

Branch : \_\_\_\_\_

TYPE OF ACCOUNT : \_\_\_\_\_

CUSTOMER ID : \_\_\_\_\_

ACCOUNT No.: \_\_\_\_\_

### CUSTOMER INFORMATION

PAN No: \_\_\_\_\_

\*Adhar Number : \_\_\_\_\_

#### \*FOR INDIVIDUAL CUSTOMER ONLY

\*Name (Same as ID Proof) : \_\_\_\_\_

\*Father / spouse Name: \_\_\_\_\_

\*Mother Name: \_\_\_\_\_

\*Date of Birth : \_\_\_\_\_

\*Date of Anniversary : \_\_\_\_\_

\*Religion: \_\_\_\_\_

\*Caste : \_\_\_\_\_

\*Caste Category: SC/ST/SBC/V.JNT/OBC/ESBC/OTHER

\*Marital Status: Married/Unmarried/Other

\*Gender: Male/Female/ Transgender/Other

\*Income Rs. : \_\_\_\_\_

Type of member: Regular/None

\*Education: \_\_\_\_\_

\*Occupation : \_\_\_\_\_

e mail ID : \_\_\_\_\_

\*Phone No. : \_\_\_\_\_

\* Mobile No : \_\_\_\_\_

#### \*FOR NON INDIVIDUAL CUSTOMER ONLY

\*Name Of Applicant (Please write complete name as per Certificate of Incorporation / Registration)

\*Date of Incorporation : \_\_\_\_\_

\* Place of Incorporation : \_\_\_\_\_

\* Reg No(e.g. CIN ): \_\_\_\_\_

\*Date of Commencement : \_\_\_\_\_

\*Constitution Type : Proprietary Firm/Partnership Firm/Company/LLP/AOP/Trust/Society/Company/HUF/Other

e mail ID : \_\_\_\_\_

\*Phone No. : \_\_\_\_\_

\* Mobile No : \_\_\_\_\_

\*Gross Income per annum : Rs. \_\_\_\_\_

\*Net Worth In Rs: \_\_\_\_\_

\*Udhyog Adhar No.: \_\_\_\_\_

GSTN No.: \_\_\_\_\_

#### \*CURRENT / PERMANENT ADDRESS DETAILS

\*Address: \_\_\_\_\_

\*City/Village/Town : \_\_\_\_\_

\*District : \_\_\_\_\_

\*Zip/Pin code : \_\_\_\_\_

\*State / UT : MAHARASHTRA

\*Country: INDIA

\*Address Type : Residential / Business / Registered office / Unspecified

#### INTRODUCTION DETAILS (OPTIONAL)

First Name

Middle Name

Last Name

\*Referance Name : \_\_\_\_\_

\*Customer Id Of Relever: \_\_\_\_\_

A/c. No. \_\_\_\_\_

Mo. No. \_\_\_\_\_

Signatures

## RELATED PERSONS DETAILS

RELATED PERSONS TYPE NOMINEE/AUTHORISED SIGNATURE/PROPRITOR/FARMER/KARTA OF HUF ETC.

PAN No:

\*Adhar Number:

Mobile

First Name

Middle Name

Last Name

\*Name (Same as ID Proof) : \_\_\_\_\_

\*Relation: \_\_\_\_\_

## APPLICANT DECLARATION

I / We am residents of India. I / We declare that the information furnished by me / us is true and correct. I / We, us is true and correct. I / We, the undersigned have read and understood and agree to abide and be bound by all the Terms conditions of The Neelkanth Co-op Bank Ltd Solapur governing the opening of all my / our accounts, present and future with The Neelkanth Co-op Bank Ltd Solapur and those relating to various service including but not limited to ATM'S, Debit Card, Mobile Banking, Internet Banking, Phone Banking, Bill Payment and E- Payments facility etc. I / We understood that Bank may at its sole discretion discontinue any of the services completely or partially without any notice to me / us. I / agree that the Bank May Debit my account for service charges as applicable from time to time. I / We agree that if the premature withdrawal is permitted at my / our request,

\*Date :

Customers Signatures

\*Place :

## FOR OFFICE USE ONLY

\*Customer Type : \_\_\_\_\_

I have met MR/MRS/SMT/CHI/KU \_\_\_\_\_ in person. I hereby confirm the identity and address. The form has been filed and signed in my presence. The certified copies of Documents are verified with original Documents.

\*Date :

Branch Manager/ Officer

\*Place :

## FORM 60

Form Declaration to be filed by a person who does not have either a Permanent Account Number or General Index Register Number and who makes payment in cash in respect of transaction specified in clauses (a) to (h) of rule 114B

1. Full Name and Address : \_\_\_\_\_  
of the declarant  
(Tel./Mobile) \_\_\_\_\_
2. Particulars of transaction :
3. Amount of the transaction :
4. Are you assessed to tax ? Yes / No
5. If yes  
(I) Details of Ward / Circle / Rangc Where the last return of income was filed ?  
(II) Reason for not having Permanent Account Number / General Index Register Number
6. Details of the document being produced in support of address in column (I)

## VERIFICATION

I \_\_\_\_\_ Do hereby declare that what is stated above is true to the best of my knowledge And belief

Verified today, the \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_ 20

Date : \_\_\_\_\_

Place : \_\_\_\_\_

Signature of the declarant