



खाता संख्या

तारीख : _____

महोदय,

दि नैनीताल बैंक लि. में आवर्ती जमा खाता खोलने की इच्छा से मैं / हम किस्त वाली योजना के अन्तर्गत अपनी प्रथम मासिक किस्त की राशि ₹..... आपको दे रहा हूँ/रही हूँ/रहे हैं। मैं/हम हर माह के दिन या उससे पहले ₹ जमा कराने का वचन देता हूँ/देती हूँ/देते हैं और दिनांक को या मेरे/हमारे द्वाराकिस्त चुकाने के 30 दिन बाद, जो भी बाद में हो, तक ₹ प्राप्त करने हेतु मैं/हम सहमत हूँ/सहमत हैं।

आवेदक(कों) का नाम (बड़े अक्षरों में)	पैन नं. (यदि जमा ₹ 50,000/- से अधिक है)	मौजूदा बचत खाता संख्या	ग्राहक आई डी संख्या
आवेदक			
संयुक्त आवेदक 1.			
संयुक्त आवेदक 2.			

परिचालन ऋ प्रकर

पेशा

आयु

वर्तमान पता

स्थायी पता

स्थायी अनुदेश

परिपक्वता अनुदेश

.....

(1) (2) (3)

(1) (2) (3)

.....

.....

मैं/हम ₹ की मासिक किस्त मेरे/हमारे बचत/चालू खाते से डेबिट करने के लिए बैंक को अधिकृत करते हैं।

नियत तारीख पर परिपक्वता राशि को मेरे/हमारे बचत/चालू खाते में क्रेडिट करें। (यदि स्थायी अनुदेश दिये गए हैं तो पुनर्भुगतान उसी खाते में अथवा उसी ग्राहक आईडी से होना चाहिए)

मैं/हम यह घोषित करता / करती हूँ / करते हैं कि मैंने/हमने/मुझे दि नैनीताल बैंक लि. के आवर्ती जमा खाता से संबंधित नियम जो कि वेबसाइट www.nainitalbank.co.in में दिये गए हैं पढ़ लिए हैं और मैं/हम उनसे बाध्य रहना स्वीकार करता/करती हूँ/करते हैं।

भवदीय,

(पूरे हस्ताक्षर)

पूरा नाम(बड़े अक्षरों में)

नमूना हस्ताक्षर

_____ (इस प्रकार हस्ताक्षर करेंगे) _____

_____ (इस प्रकार हस्ताक्षर करेंगे) _____

_____ (इस प्रकार हस्ताक्षर करेंगे) _____

लेखाकार

प्रबंधक

फॉर्म डीए- 1 नामांकन फॉर्म

बैंक जमाओं के संबंध में बैंककारी विनियमन अधिनियम, 1949 की धारा 45ZA से 45ZF तथा बैंककारी कंपनी (नामांकन) नियम 1985 की धारा 2 (i) के अंतर्गत नामांकन।

मैं/हम _____ नाम(मों) और पता(ते), निम्नलिखित ब्यौरा अनुसार के व्यक्तियों को नामित करता हूँ/करते हैं जिसे मेरे/हमारे/अवयस्क की मृत्यु होने पर दि नैनीताल बैंक लि. की _____ शाखा द्वारा जमाराशि वापस की जाए।

जमा का प्रकार	विशेषता सूचकसं.	अतिरिक्त विवरण (यदि कोई हो)	नामित व्यक्ति का नाम	नामित व्यक्ति का पता	जमाकर्ता के साथ संबंध	उम्र	यदि नामित व्यक्ति अवयस्क हो तो उसके जन्म की तारीख*

चूंकि नामित व्यक्ति इस तारीख तक अवयस्क है, मैं/हम मेरी/हमारी/अवयस्क की अवयस्कता के दौरान मृत्यु होने पर जमा राशि प्राप्त करने हेतु श्री/श्रीमती/सुश्री _____ (नाम, पता और उम्र) को नियुक्त करता हूँ/करते हैं

दिनांक

स्थान:

यदि नामित व्यक्ति अवयस्क नहीं है तो काट दें।

@ साक्षी का नाम, पता एवं हस्ताक्षर	* जमाकर्ताओं के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान

* यदि अवयस्क के नाम से राशि जमा की गयी हो, तो अवयस्क की ओर से कार्य करने के लिए कानून अधिकार प्राप्त व्यक्ति द्वारा नामांकन हस्ताक्षरित होना चाहिए।

@ जमाकर्ता के हस्ताक्षरों को एक साक्षी द्वारा साक्ष्यांकित किया जाना चाहिए। अंगूठे के निशान (नों) को दो साक्षियों द्वारा साक्ष्यांकित किया जाना चाहिए।