



अन्नपूर्णा महिला को - ऑपरेटिव्ह क्रेडिट सोसायटी. लि. (मल्टीस्टेट)

रजि.नं एम.एस.सी.एस सी/आर 68/97

मुदत ठेव खाते उघडण्यासाठी अर्ज



शाखा :-

फार्म दिनांक :-

खाते क्र :-

मुदत ठेव खाते क्र :-

मुदत ठेव दिनांक :-

मी/आम्ही विनंती करतो की अन्नपूर्णा महिला को. ऑ.क्रेडिट सो. लि.मध्ये खालील माहिती आधारे मुदत ठेव खाते उघडावे.

विभाग १

अन्नपूर्णात सभासदत्वा साठी चा अर्ज

(डिसेंबर २०२२ च्या आधी एफ डी केलेल्या सभासदांनी विभाग १ मधील माहिती भरणे आवश्यक आहे.)

मी श्री/श्रीमती/कु..... अन्नपूर्णा महिला को ऑपरेटिव्ह क्रेडिट सोसायटीत सभासद होऊ इच्छिते. अन्नपूर्णा चे सर्व नियम व अटी मला लागू असतील. मी प्रवेश फी रु..... (संचालक मंडळाच्या नियमानुसार) व शेअर फी रु..... (संचालक मंडळाच्या नियमानुसार) चेक /RTGS/NEFT No..... Date..... द्वारे अन्नपूर्णा महिला को ऑपरेटिव्ह क्रेडिट सोसायटीच्या नावे जमा करत आहे.

: वैयक्तिक माहिती :

१. पहिल्या सामाजिक गुंतवणूक दाराचे नाव: श्री/श्रीमती/कु.

जन्मतारीख:..... वय:..... वर्षे जन्म ठिकाण :..... लिंग : स्त्री /पुरुष :.....

धर्म / जात :..... व्यवसाय :..... पॅन नं :.....

मोबाईल नंबर :..... ईमेल आय डी :..... राष्ट्रीयत्व : भारतीय : हो नाही

कायमचा पत्ता :

तात्पुरता पत्ता :

वार्षिक उत्पन्न : रु. ० ते १ लाख रु. १ लाख ते ५ लाख रु. ५ लाख पेक्षा जास्त

वारसदार तपशील (शेअरसाठी)

वारसदाराचे नाव: श्री/श्रीमती/कु..... नाते :

पत्ता : मोबाईल क्र.

बँक खाते तपशील : बँकेचे नाव: शाखा:

बचत खाते क्र. : बँक IFSC Code

या सोबत खालील कागदपत्रे पुराव्या दाखल जोडत आहे. (Self Attested)

१.....(ओळखीचा पुरावा) २.(पत्त्याचा पुरावा)

३.....(जन्म दाखला - वयाचा पुरावा)

मी असे जाहिर करतो/करते की, मी सध्या इतर कोणत्याही संस्थेची सभासद नाही. मी आपल्या सोसायटीचे सर्व नियम वाचले असून मला मान्य आहेत. त्यात वेळोवेळी होणाऱ्या बदलास मी व माझे वारसदार बांधील आहे.

क्रेडिट सोसायटी सभासदत्व फि तपशील

१) एफ.डी. रक्कम (चेक/ट्रान्सफर) रु. २) क्रेडिट सोसायटी शेअर्स रक्कम रु :- ३) प्रोसेसिंग फि रु :-

४) प्रवेश फि रु: ५) एकूण रक्कम रु

सभासदत्व अर्ज : मंजूर /नामंजूर :

तारीख :

मंजर करण्याच्याची सही :

आपला/आपली विश्वासू,

सभासदाची सही

१. पहिल्या सामाजिक गुंतवणूक दाराचे नाव: श्री/श्रीमती/कु.
 जन्मतारीख: वय: वर्षे जन्म ठिकाण : लिंग : स्त्री /पुरुष :
 धर्म / जात : व्यवसाय : पॅन नं :
 मोबाईल नंबर : ईमेल आय डी : राष्ट्रीयत्व : भारतीय : हो नाही
 कायमचा पत्ता :
 तात्पुरता पत्ता :
 वार्षिक उत्पन्न : रू. ० ते १ लाख रू. १ लाख ते ५ लाख रू. ५ लाख पेक्षा जास्त

२. दुसऱ्या सामाजिक गुंतवणूक दाराचे नाव: श्री/श्रीमती/कु.
 जन्मतारीख: वय: वर्षे जन्म ठिकाण : लिंग : स्त्री /पुरुष :
 धर्म / जात : व्यवसाय : पॅन नं :
 मोबाईल नंबर : ईमेल आय डी : राष्ट्रीयत्व : भारतीय : हो नाही
 कायमचा पत्ता :
 तात्पुरता पत्ता :
 वार्षिक उत्पन्न : रू. ० ते १ लाख रू. १ लाख ते ५ लाख रू. ५ लाख पेक्षा जास्त

३. तिसऱ्या सामाजिक गुंतवणूक दाराचे नाव: श्री/श्रीमती/कु.
 जन्मतारीख: वय: वर्षे जन्म ठिकाण : लिंग : स्त्री /पुरुष :
 धर्म / जात : व्यवसाय : पॅन नं :
 मोबाईल नंबर : ईमेल आय डी : राष्ट्रीयत्व : भारतीय : हो नाही
 कायमचा पत्ता :
 तात्पुरता पत्ता :
 वार्षिक उत्पन्न : रू. ० ते १ लाख रू. १ लाख ते ५ लाख रू. ५ लाख पेक्षा जास्त

मुदत ठेवी विषयी माहिती

मुदत ठेवीची रक्कम रू. अक्षरी.....
 मुदत ठेव कालावधी ३ महिने ६ महिने १ वर्ष २ वर्ष ३ वर्ष
 व्याजदर जर जेष्ठ नागरीकांसाठी % अधिक
 भरणा:- रोख ट्रान्सफर चेक ने भरणा चेक/ ट्रान्सफर नं..... चेक/ रोख दिनांक/...../.....
 व्याज:- मासिक त्रैमासिक ठेवीच्यापूर्ण कालावधी नंतर व्याज
 खाते वापरा विषयी सूचना : १) स्वतः २) ह्यात अथवा जिवीत ३) दोघां पैकी एक
 ४) संयुक्त ५) कोणीही एक/ह्यात असलेला
 मी/आम्ही असे जाहीर करतो की, माझे/आमचे वरील एफ.डी. वरील मासिक/त्रैमासिक/मुदतीनंतर कालावधी नंतरचे व्याज संस्थेच्या शैक्षणिक शिष्यवृत्तीसाठी द्यायचे आहे. हो नाही.
 जर होय असेल तर,
 शैक्षणिक शिष्यवृत्तीसाठी घेण्याची रक्कम रुपये उर्वरित व्याजाची माझ्या/आमच्या बँक खात्याला जमा करावी.
 आपोआप नूतनीकरण:- होय नाही

* सूचना : एफ डी ऑटो रिन्वुअल चा पर्याय हो असा दिला असल्यास मॅच्युरिटी तारखेपासून एफ डी रिन्वुअल होईल. जर एफ डी ऑटो रिन्वुअल चा पर्याय नाही असा दिला असेल तर मॅच्युरिटी च्या तारखे नंतर च्या कालावधीसाठी सेव्हिंग दराने किंवा त्या कालावधीसाठी लागू असलेला व्याज दर (Contracted Rate) जो कमी असेल त्या दराने व्याज दिले जाईल. कृपया एफ डी मॅच्युरिटी तारखेच्या आधी ८ दिवस एफ डी सर्टिफिकेट ऑफिसमध्ये जमा करणे आवश्यक आहे.

* (चेक IOB - A/C Annapurna Mahila Co-Op Credit Society Ltd. या नावाने काढावा.)

ई सी एस द्वारा व्याज खात्यात जमा करण्याची सूचना

बँकेचे नाव शाखा :-.....
 शाखेचा IFSC Code बचत / चालू खाता क्र.....

ज्या व्यक्तीकडे पॅनकार्ड नसेल आणि (नियम ११४ बी मध्ये निर्दिष्ट कोणत्याही व्यवहारामध्ये प्रवेश करेल अशा व्यक्तीद्वारे घोषित होण्याची शक्यता.

- १) पूर्ण नाव
पत्ता
- २) व्यवहाराचे तपशील
- ३) व्यवहाराची रक्कम
- ४) मूल्यांकन केले आहे. होय नाही.
- ५) जर होय
अ) वार्ड /सर्किल/ श्रेणीचा तपशील जिथे उत्पन्नाची शेवटची परतफेड केली गेली होती
- ब) कायमस्वरूपी खाते क्रमांक नसल्याचे कारण ?
- ६)मधील माहिती कागदपत्रावरील पत्त्यानुसार सही

अ) बँके करीता ठेवी बाबत बँकिंग रेग्युलेशन अॅक्ट १९४९चे कलम ५६ बरोबर कलम ४५ झेड ए आणि सहकारी बँकेचे (नामनिर्देशन) नियम १९८५चे नियम २(१) नुसार नामनिर्देशन.मी आम्ही (नाव आणि पत्ता)

माझ्या आमच्या अज्ञान व्यक्ती च्या मृत्यूनंतर अन्नपूर्णा महिला को-ऑपरेटिव्ह क्रेडिट सोसायटी, लि. शाखेकडील ठेवीची रक्कम मिळण्यासाठी खालील व्यक्तीचे नाम निर्देशन करत आहेत. ठेवी बाबतचा तपशील खाली नमूद केला आहे.

| क्र. | वारसदाराचे नाव व पत्ता | वारसदाराचा फोन नं. | ठेवीदारा बरोबरचे नाते | वारसदाराचे वय | वारसदार व्यक्ती अज्ञान असल्यास त्याची जन्मतिथी |
|------|------------------------|--------------------|-----------------------|---------------|--|
| | | | | | |

वारसदार व्यक्ती आजमितीस अज्ञान असल्यामुळे तो/ती सज्ञान होई पर्यंत माझ्या/आमच्या अज्ञाना च्या मृत्यूनंतर नामनिर्देशीत व्यक्तीच्या वतीने ठेवीची रक्कम मिळण्याकरीता मी/आम्ही श्री/श्रीमती/कु (-----)यांची नेमणूक करतो. सामाजिक गुंतवणूकदार सही १) ----- २) ----- ३) -----

वारसदार व्यक्ती अज्ञान असल्याने त्याचे पालकत्व हे गुंतवणूकदाराच्या शिवाय इतर व्यक्ती असावी.

ठेवीदार अंगठाधारक असेल तरच

सुचना : जर सामाजिक गुंतवणूकदार हा अशिक्षित /अज्ञान असल्यास असेल तर नाम निदर्शित व्यक्तीही अज्ञान असल्यास दोन साक्षीदारांची सही

साक्षीदार १) :- साक्षीदार सही ----- २) साक्षीदार सही -----
नाव ----- नाव -----
पत्ता ----- पत्ता -----

जाहीरनामा

- मी ,....., याद्वारे असे घोषित करतो/ ते कि वरील नमुद केलेली सर्व माहिती ही सत्य आहे.
- * मी /आम्ही अन्नपूर्णा महिला कोऑपरेटिव्ह क्रेडिट सोसायटी.लि चे भागधारक असल्याने आमचा अन्नपूर्णा महिला को ऑपरेटिव्ह क्रेडिट सोसायटी.लि तर्फे टि डि एस कापला जात नाही. टि डि एस हि माझी/आमची स्वतःची जबाबदारी आहे. टि डि एस रिटर्न फाईल करणे ही माझी/आमची जबाबदारी आहे.
 - * मला/आम्हाला हे माहित आहे की, माझ्या पत्त्यात बदल झाल्यास, मोबाईल नंबर व के वाय सी मध्ये काही बदल असल्यास तो अन्नपूर्णाला कळविण्याची जबाबदारी आमची राहिल.
 - * मल्टी स्टेट को ऑपरेटिव्ह सोसायटीज अॅक्ट (MSCS Act) नुसार को ऑपरेटिव्ह सोसायटी वगळता इतर संस्थांची एफ डी करता येणार नाही. तसेच Minor म्हणजे अज्ञान व्यक्ती (१८ वर्षा खालील व्यक्ती) ची एफ डी करता येणार नाही.
 - * एका एफ डी ची रक्कम किंवा व्याज जमा करण्यासाठी एकच बँक खाते वापरता येईल.
 - * माझ्या सध्या रहात असलेल्या घराचा पत्ता हा आधार कार्ड वरील पत्त्यानुसार आहे. अपडेट के.वाय.सी. जमा न केल्यास मंथली व्याज थांबविण्यात येईल. जर सध्या रहात असलेला पत्ता केवायसी डॉक्युमेंट पेक्षा वेगळा असल्यास पुरावा म्हणून मी चालू लाइट बील किंवा टेलिफोन बील किंवा टॅक्सची पावती देईन.
 - * मला/आम्हाला हे माहित आहे की, सर्व एफ.डी. भागधारकांच्या संदर्भात अंतर्गत हेतूसाठी अन्नपूर्णा महिला को.ऑप.क्रेडिट सोसायटी लि.च्या सॉफ्टवेअरमध्ये सामान्य बचत खाते उघडले जाईल.
 - * PML Act २००२ नुसार अन्नपूर्णा क्रेडिट को.ऑप सोसायटीला डिपॉझिटरची माहिती फायनांशियल इंटेलिजन्सला युनिटला देणे बंधनकारक आहे.
 - * अन्नपूर्णांमध्ये पहिल्यांदाच नवीन एफडी झाल्यानंतर एफडी सर्टिफिकेट डिपॉझिटर प्रत्यक्ष ऑफिस ला येऊन घेऊन जाऊ शकतात. असे एफडी सर्टिफिकेट कुरियर करायचे असेल तर एफडी सर्टिफिकेट व शेअर सर्टिफिकेट शेअर अलोकेशन झाल्यावर डिपॉझिटरला पुढील महिन्याच्या १० तारखेनंतर ५ दिवसांच्या आत कुरियर केले जाईल.
 - * मी असे जाहीर करतो की, मी भारतीय नागरिक आहे व अन्नपूर्णा क्रेडिट को.ऑप. सोसायटीत भारतीय नागरिक नसलेल्या व्यक्तीला गुंतवणूक करता येणार नाही हे मला माहीत आहे.
 - * मी/आम्ही सर्व डिपॉझिटरला एफडी मुदतपूर्व विड्रॉवलच्या अटी मान्य असून या एफडी विड्रॉवलसाठी आमची परवानगी आहे असे लिहून देतो.

मुदतपूर्व विड्रॉवल :

* एफ डी धारकाच्या विनंतीनुसार, एफ डी चे मुदतपूर्व विड्रॉवल करता येईल. झालेल्या कालावधीसाठी डिपॉझिट केल्याच्या वेळी त्या कालावधीसाठी लागू असलेला व्याज दर देण्यात येईल. मुदतपूर्व विड्रॉवल साठी अन्नपूर्णा गरजेनुसार दंड लागू करू शकते. तसेच १ करोड पेक्षा जास्त रकमेच्या मुदतपूर्व विड्रॉवल करण्यासाठी AMCCSL चे वेळोवेळी ठरविण्यात आलेले नियम लागू होतील.

* सर्व डिपॉझिटरने मुदतपूर्व विड्रॉवल साठी एफ डी सर्टिफिकेटची मूळ प्रत व मुदतपूर्व ठेव परत करण्याचा फॉर्म सही करून जमा करणे आवश्यक आहे.

मुदतपूर्व विड्रॉवल : (In case of Joint Account) :

* जर सर्व संयुक्त डिपॉझिटरने एफ डी अकाउंट उघडताना किंवा एफ डी चालू असताना त्यांच्यातील एखादा एफ डी धारक मृत पावला तर उर्वरित एफ डी धारकाला मृत पावलेल्या एफ डी धारकाच्या लिगल हेअर/एक्झिक्युटर/सक्सेसर /नॉमिनीच्या परवानगी शिवाय पैसे मिळावेत असा आदेश खालील सहीनुसार दिला आहे असे समजण्यात येईल. (जर हा पर्याय नको असेल तर त्यावर काट मारावी.)

* जर एफ डी संयुक्त असेल आणि त्यातील एखादया एफ डी धारकाचा मृत्यू झाला असेल तर, उरलेला एफ डी धारक त्याच्या हक्कानुसार लिखित अर्जात व मृत पावलेल्या व्यक्तीचा लिगल हेअर/एक्झिक्युटर/सक्सेसर /नॉमिनीच्या परवानगी शिवाय पैसे काढण्याची विनंती AMCCSL ला करू शकतो.

* वरील नमूद केलेल्या मुदतपूर्व विड्रॉवल (In case of Joint Account) च्या सर्व अटी मी/आम्ही वाचल्या असून त्या आम्हांला मान्य असून, या विड्रॉवलसाठी आमची परवानगी आहे असे लिहून देतो.

* त्यानुसार या मुदतपूर्व विड्रॉवलची रक्कम संयुक्त एफ डी धारका ला मृत पावलेल्या एफ डी धारका च्या लिगल हेअर/एक्झिक्युटर/सक्सेसर /नॉमिनी ला कोणत्याही वेगळ्या लिखित परवानगी शिवाय देण्यात यावी.

* मी/आम्ही माझ्या जबाबदारीवर असे लिहून देतो /देते की, सदर अट मला/आम्हांला मान्य असून माझ्या संयुक्त एफ डी धारक किंवा लिगल हेअर/एक्झिक्युटर/सक्सेसर /नॉमिनीला ही लागू असतील.

(या मुदतपूर्व विड्रॉवलची सुविधा नको असल्यास डिपॉझिटरने वरील सूचना खोडावी.)

* मी /आम्ही अन्नपूर्णा महिला कोऑपरेटिव्ह क्रेडिट सोसायटी. लि संस्थेच्या अटी व शर्ती वाचल्या व समजल्या आहेत. मी/आम्ही या अटी व शर्ती मान्य करत आहोत.

(एफ डी सोबत जोडण्याचे कागदपत्रे - पासपोर्टसाईज फोटो, पॅन कार्ड, आधार कार्ड व बँक पासबुकच्या पहिल्या पानाची झेरॉक्स कॉपी.)
सामाजिक गुंतवणूकदाराची सही

1

2

3

कार्यालयीन उपयोगाकरिता

बचत खाते सुरू करण्यास परवानगी आहे. अर्जदाराची वरील माहिती ही त्याच्या/तिच्या सध्याच्या/नवीन ग्राहक क्रमांकानुसार आहे. अर्जदाराच्या आजच्या तारखे पर्यंत सिस्टीम मध्ये ग्राहक क्रमांक नाही आहे याची मी खात्री केली आहे.

फॉर्म तपासणार : एफडी एक्झिक्युटिव्हचे

फॉर्म पडताळणी करणार

फॉर्म एनकोड करणार

नाव:

एफडी कॉर्डिनेटरचे नाव:

एनकोडरचे नाव:

तारीखसही

तारीखसही

तारीखसही

खात्री करण्याची पध्दत: अ) सभासद ऑफिसला आल्यावर : ब) व्हॉट्स अप वर व्हिडीओ कॉल करून

क) अन्नपूर्णाच्या स्टाफ ने घरी किंवा ऑफिस व्हिजिट केली.

एफ. डी. सुरू केल्याची तारीख : रेफरन्स : पावती क्र. :

सेंटर नं.

डिपॉझिटरचे नाव

सेंटर नं.

नॉमिनीचे नाव :