



SMC P.NO.2253

**GUJARAT SHOPS AND ESTABLISHMENT
EMPLOYEE'S 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 ફાળાની ચૂકવણી કરવામાં આવે તે સમયે બે નકલોમાં સ્થાનિક સત્તા મંડળને મોકલવાનું પત્રક.

1.	Name and address of the Establishment	
૧.	સંસ્થાનું નામ અને સરનામું	
2.	License number Under the Bom. Shops and Estts. Act.1984	
૨.	સને ૧૯૪૮ ના મુંબઈના 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 ફાળાની રકમ રોકડા/ ચેકથી	

(પાછળ જુઓ P.T.O.)

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
૧	૨	૩	૪	૫	૬	૭

Place

સ્થળ:

Date

તારીખ:

Signature of Employer

માલિકની સહી

Received the amount of contribution of

ફાળાની રકમ

Rs. _____ Rupees _____ by cash/cheque

(No. _____ on _____ Bank)

રૂ. અંકે રૂ. રોકડેથી ચેકથી

(..... બેંકનો ચેક નં.....) મળ્યા છે.

Place

સ્થળ:

Date

તારીખ:

Seal of Local Authority

સ્થાનિક સત્તા મંડળનું મહોર

Signature of Officer

અધિકારીની સહી