



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.)

