



फॉर्म DA 1

बैंक जमाओं के संबंध में बैंककारी विनियमन अधिनियम 1949 की धारा 45ZA तथा बैंकिंग कम्पनी (नामांकन) नियम 1985 के नियम 2(1) के अंतर्गत नामांकन

मैं / हम पिता/ पति

पता :

निम्नलिखित व्यक्ति को नामांकित करता हूँ / करती हूँ / करते हैं, जिसे मेरी/ हमारी/ अवयस्क की मृत्यु की स्थिति में इस जमा राशि का छत्तीसगढ़ राज्य ग्रामीण बैंक, शाखा द्वारा लौटा दी जाए, जिसका विवरण नीचे दिया है :

जमा विवरण

जमा का प्रकार	खाता संख्या	अतिरिक्त विवरण (यदि कोई हो)

नामांकित व्यक्ति

नाम	
पता	
जमाकर्ता से संबंध (यदि कोई हो)	
आयु	
जन्मतिथि (यदि नामिती अवयस्क है)**	

2. ** चूंकि नामित व्यक्ति आज की तिथि में अवयस्क है, मैं/ हम श्री/ श्रीमती

.....आयु को (अभिभावक का नाम, पता और आयु) इस नामिती की ओर से, नामिती की अल्पायु के दौरान मेरी/ हमारी/ अवयस्क की मृत्यु की स्थिति में जमा की राशि प्राप्त करने के लिए नियुक्त करता/ करते हैं।

स्थान:

तिथि:

* जमाकर्ता/ जमाकर्ताओं के हस्ताक्षर/ अंगूठे का निशान

साक्षीगण :

1.हस्ताक्षर नाम: पता: स्थान: तिथि:	2.हस्ताक्षर नाम: पता: स्थान: तिथि:
---	---

* अंगूठे के निशान को दो साक्षियों द्वारा प्रमाणित किया जाना चाहिए।

केवल कार्यालयीन उपयोग हेतु

नामांकन दर्ज पंजीयन क्र.: पंजीयन तिथि.:

नामांकन दर्जकर्ता के हस्ताक्षर : शाखा प्रबंधक/ प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता :