

अंशदान विवरणी तथा चालानों के खाली फॉर्म उक्त स्थानीय कार्यालय से प्राप्त करें।

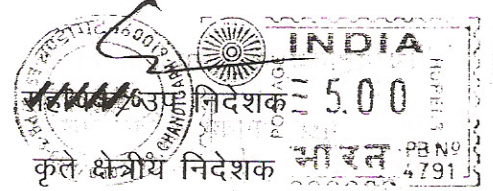
जिसके साथ आपके शाखा/कार्यालय बिक्री कार्यालय को नकद हितलाभों से संवितरण के लिए संबद्ध किया गया है तथापि चिकित्सा हितलाभ के लिए बीमाकृत अपने निवास की नजदीक की डिस्पेंसरी का चयन कर सकता है।

आपसे यह भी अपेक्षित है कि आप दुर्घटना रजिस्टर, कर्मचारी रजिस्टर, फॉर्म-7 पर अंशदान का रजिस्टर, निरीक्षण पुस्तिका आदि का रख-रखाव करें। बीमा निरीक्षक आपके कारखाने/स्थापना/शाखा/बिक्री कार्यालय का दौरा करते समय इन अभिलेखों को देखेगा।

निगम के अधिकारी आपको कर्मचारी राज्य बीमा अधिनियम, 1948 के अंतर्गत आपकी बाध्यता के निर्वहन में आपको सभी प्रकार की सहायता प्रदान करके खुश होंगे और मुझे पूर्ण आशा है कि आप भी इनका यथा समय अनुपालन करेंगे।


आपसे अनुरोध है कि आप मार्च/सितम्बर को समाप्त अंशदान अवधि की विवरणी फॉर्म-6 में भरकर चार प्रतियों में बैंक के चालानों के साथ शाखा का नाम और पता लिख कर श्री कार्यालय, कर्मचारी राज्य बीमा निगम, चण्डीगढ़ को भेजें।

भवदीय,



प्रतिलिपि प्रेषित :-

1. मैसर्स :- एकद सिन्धोस्टी सर्विस । रजिस्टर्ड ।
2. 217- द्वितीय भा, भेजा टावर-1। सिन्धोस्टी सर्विस प्राइवेट लिमिटेड  
क्षेत्रीय निदेशक, कर्मचारी राज्य बीमा निगम, क्षेत्रीय कार्यालय नई दिल्ली  
को सूचनार्थ। कृपया शाखा कार्यालय की तारीख तथा अनुपालन की पुष्टि करें।
3. प्रबन्धक, स्थानीय कार्यालय, कर्मचारी राज्य बीमा निगम, मोहाली
4. श्री मोहाली बीमा निरीक्षक मोहाली
5. लैजर अनुभाग, क्षेत्रीय कार्यालय, चण्डीगढ़।
6. हितलाभ शाखा-1. क्षेत्रीय कार्यालय, चण्डीगढ़ को सूचनार्थ।

  
कृते क्षेत्रीय निदेशक