

FORM: PR01



EMPLOYEES' OLD-AGE BENEFITS INSTITUTION

To be completed by EOB!

Province Code صوبہ کوڈ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Registration Number رجسٹریشن نمبر										
Sub Code ذیلی کوڈ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Region/ FO Code علاقائی دفتر کا نمبر										
Beat Code	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sector Code	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Industrial Classification Code صنعتی شعبہ کی کا نمبر										

APPLICATION FOR REGISTRATION UNDER EMPLOYEES OLD-AGE BENEFITS SCHEME

ایمپلائز اولڈ ایج بینیفٹس اسکیم کے تحت رجسٹریشن کی درخواست

Type of Registration: رجسٹریشن کی قسم	Mandatory لازمی	<input type="checkbox"/>
	Voluntarily مشاورہ	<input type="checkbox"/>
	Notified گفتہ	<input type="checkbox"/>

- Full name of establishment: _____
ادارے کا مکمل نام
- Address: _____
پتہ
Union Council _____ City/District _____ Town _____ Postal Code _____
یونین کونسل _____ ڈسٹرکٹ/شہر _____ ٹاؤن _____ پوسٹ کوڈ
- E-mail Address: _____
ای میل پتہ
- If it is a Branch, state address: _____
اگر ذیلی دفتر ہے تو صدر دفتر کا پتہ
of the Head Office: _____
- Phone No: _____ 6. Fax No: _____
فون نمبر _____ فیکس نمبر
- Date on which the number of employees first totalled 10 or more: _____
دو تاریخ جب کہ پہلی دفعہ ادارے کے ملازمین کی تعداد 10 یا اس سے زائد ہوئی
- Date on which the Establishment came into existence: _____
ادارے کے وجود میں آنے کی تاریخ
- Present number of employees _____
سجودہ ملازمین کی تعداد
- If previously registered with E.O.B.I. please state registration No: _____
اگر پہلے بھی ادارے کا رجسٹریشن نمبر ہے۔ ل۔ آئی میں ہوا ہو تو رجسٹریشن نمبر بتائیے۔
- Number of employees totaled less than 10 if applying voluntarily _____
اگر ملازمین کی تعداد کم ہے تو کیا مشاورہ طور پر رجسٹریشن کی درخواست ہے۔
- Nature of Business, Industry or Service: _____
ادارے کی کاروباری نوعیت
- Serial No. If covered by Notification: _____
اگر نوٹیفیکیشن کے تحت قانون کا اطلاق کیا ہے تو سیریل نمبر

I/We apply for registration under the Employees' Old-Age Benefits Scheme and declare the information given to be correct.

میں/ہم ایمپلائز اولڈ ایج بینیفٹس اسکیم میں رجسٹریشن کے لئے درخواست گزار ہوں/ہمیں ادارہ گزار کر رہے ہیں کہ مندرجہ بالا تمام معلومات درست ہیں۔

Authorized Signature
ادارہ کے دستخط

Date: _____
تاریخ

Seal of the
Establishment
ادارے کی مہر

Name: _____
Designation: _____

FOR OFFICE USE ONLY

Registration Category:	Mandatory	-	Notified	-	Voluntarily
Number Allotted	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
Copy forwarded to H.O.					