



**EMPLOYEES' OLD-AGE BENEFITS INSTITUTION**

FORM: PR01

Province Code صوبہ کا کوڈ	<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				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sub Code ذیلی کوڈ				<input type="text"/>	<input type="text"/>	Regional FO Code رجیونل فو کوڈ	
Beat Code بیٹ کوڈ				<input type="text"/>	<input type="text"/>	Industrial Classification Code کھیتی باڑی کی درجہ بندی	
Sector Code سکٹر کوڈ				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

**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="text"/>
	Voluntary رضاکارانہ	<input type="text"/>
	Notified نہج	<input type="text"/>

1. Full name of establishment: \_\_\_\_\_  
ادارے کا مکمل نام

2. Address: \_\_\_\_\_

پتہ  
Union Council \_\_\_\_\_ City/District \_\_\_\_\_ Town \_\_\_\_\_ Postal Code \_\_\_\_\_  
یونین کونسل \_\_\_\_\_ ڈسٹرکٹ / شہر \_\_\_\_\_ ٹاؤن \_\_\_\_\_ پوسٹ کوڈ \_\_\_\_\_

3. E-mail Address: \_\_\_\_\_  
ای میل ایڈریس

4. If it is a Branch, state address of the Head Office: \_\_\_\_\_  
اگر ذیلی دفتر ہے تو صدر دفتر کا پتہ

5. Phone No: \_\_\_\_\_ 6. Fax No: \_\_\_\_\_  
فون نمبر \_\_\_\_\_ فیکس نمبر \_\_\_\_\_

7. Date the Establishment came into existence: \_\_\_\_\_  
ادارے کے وجود میں آنے کی تاریخ

8. Date the number of employees first totalled 05 or more: \_\_\_\_\_  
دو سو پانچ یا اس سے زیادہ ملازمین کی تعداد 05 یا 05 سے زیادہ ہوئی

9. Present number of employees \_\_\_\_\_  
موجودہ ملازمین کی تعداد

10. If previously registered with E.O.B.I. Please state Registration No: \_\_\_\_\_  
پہلے سے رجسٹرڈ ہونے کے ساتھ رجسٹریشن نمبر

9.A. Number of male employees \_\_\_\_\_

9.B. Numbers of female employees \_\_\_\_\_

11. Number of employees totalled less than 05 I apply voluntarily \_\_\_\_\_  
ملازمین کی تعداد کم سے کم 05 سے کم ہونے کی درخواست ہے۔

9.C. Numbers of handicapped employees \_\_\_\_\_

12. Nature of Business, Industry or Service: \_\_\_\_\_  
ادارے کی کاروباری نوعیت

13. SRO No. if covered by Notification: \_\_\_\_\_  
اگر نوٹیفکیشن کے تحت تازن کاطلاق ہے۔ نوٹیفکیشن نمبر

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

میں / ہم ایسٹبلشمنٹ رجسٹریشن کے تحت رجسٹریشن کے لیے درخواست گزار ہیں / ہیں اور اقرار کرتے ہیں کہ دیے گئے تمام معلومات درست ہیں۔

Authorised Signature  
مقررہ جگہ کے دستخط

Date: \_\_\_\_\_  
تاریخ

Seal of the Establishment  
ادارے کی سر

Name: \_\_\_\_\_  
نام  
Designation: \_\_\_\_\_  
مقام

**FOR OFFICIAL USE ONLY**

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