



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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Registration Number رجسٹریشن نمبر					<input type="text"/>				
Sub Code ذیلی کوڈ					<input type="text"/>				
Beat Code بیٹ کوڈ					Regional PO Code ریجنل پوسٹ آفس کوڈ				
Sector Code سیکٹر کوڈ					Industrial Classification Code صنعتی درجہ بندی کوڈ				

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 رضہ کارانہ	<input type="text"/>
	Notified مخبرہ	<input type="text"/>

- Full name of establishment: _____
ادارے کا مکمل نام
- Address _____
پتہ
Union Council _____ City/District _____ Town _____ Postal Code _____
یونین کونسل ڈسٹرکٹ ٹاؤن پوسٹ کوڈ
- E-mail Address: _____
ای میل
- If it is a Branch, state address of the Head Office: _____
اگر ذیلی دفتر ہے تو صدر دفتر کا پتہ
- Phone No: _____ 6. Fax No: _____
فون نمبر فیکس نمبر
- Date the Establishment came into existence: _____
ادارے کے وجود میں آنے کی تاریخ
- Date the number of employees first totalled or more: _____
وہ تاریخ جب کہ پہلی دفعہ ادارے کے ملازمین کی تعداد اس سے زیادہ ہوئی
- If previously registered with E.O.B.I. Please state Registration No: _____
اگر پہلے ہی ادارے کا رجسٹریشن ای۔ او۔ بی۔ آئی میں ہوا ہے تو رجسٹریشن نمبر۔
- Number of employees totalled less than 1 apply voluntarily _____
ملازمین کی تعداد کم سے کم 5 نہیں ہوئی اور رضہ کارانہ رجسٹریشن کی درخواست سے رہا ہوں
- 9-A. Number of male employees _____
- 9-B. Number of female employees _____
- 9-C. Number of handicapped employees _____
- Nature of Business, Industry or Service: _____
ادارے کی کاروباری نوعیت
- SRO No. if covered by Notification: _____
اگر نوٹیفیکیشن کے تحت قانون کا اطلاق کیا ہے۔ تو ایس آر او نمبر

If/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 اور قرار کرتا ہوں کہ سب معلومات درست ہیں۔

Authorized Signature
افسر مجاز کے دستخط

Name: _____
نام
Designation: _____
مہمہ

Seal of the Establishment
ادارے کی مہر

Date: _____
تاریخ

FOR OFFICIAL USE ONLY

Registration Category:	Mandatory	Notified	Voluntarily	Initial	Code
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>