

# E. K. NAYANAR MEMORIAL CO-OPERATIVE HOSPITAL

EDAVANNA, P. O. PATHAPPIRIYAM - 676123

Reg. No. M. 753

## APPLICATION FOR SHARE

|   |  |                               |                   |
|---|--|-------------------------------|-------------------|
| 1. Name<br>പേര്   |  |                               |                   |
| 2. Permanent Address<br>സ്ഥിരമായ താമസവിലാസം                             |  |                               |                   |
|   |  |                               |                   |
| 3. Panchayat<br>പഞ്ചായത്ത്  |  | 4. Taluk<br>താലൂക്ക്          | 5. Dist.<br>ജില്ല |
| 6. Name of Father/Mother/Husband<br>അച്ഛന്റെ/അമ്മയുടെ/ഭർത്താവിന്റെ പേര് |  |                               |                   |
| 7. Age<br>വയസ്സ്  |  | 8. Date of Birth<br>ജനന തീയതി |                   |
| 9. Occupation<br>തൊഴിൽ  |  |                               |                   |
| 10. Address for communication<br>ബന്ധപ്പെടുന്നതിനുള്ള താമസവിലാസം        |  |                               |                   |
|   |  |                               | 11. Tel.<br>ഫോൺ   |
| 12. No. of Share required<br>ഓഹരികളുടെ എണ്ണം                            |  |                               |                   |
| a. If a member, Membership No.<br>അംഗമാണെങ്കിൽ, അംഗത്വ നമ്പർ            |  |                               |                   |
| b. Are you a member of any other society<br>മറ്റു സൊസൈറ്റികളിൽ അംഗമാണോ  |  |                               |                   |
| 13. Name of Nominee<br>അവകാശിയുടെ പേര്                                  |  | (a) Relationship<br>ബന്ധം     |                   |
| 14. Amount Remitted<br>അടക്കുന്നതുക                                     |  |                               |                   |
| 15. Date<br>തീയതി   |  | 16. Signature<br>ഒപ്പ്        |                   |

I/We here by declare that the particulars given above are true and correct to the best of my / our knowledge and belief. I/We agree to abide by the said rules and regulations and those may be prescribed by the society from time to time in this regard.

മേൽ പറഞ്ഞ കാര്യങ്ങൾ എന്റെ അറിവിലും ഉത്തമ വിശ്വാസത്തിലും ശരിയാണെന്നും ഈ സൊസൈറ്റിയുടെ അതാത് കാലത്തെ നിയമങ്ങളും ഭേദഗതികളും അനുസരിച്ചുകൊള്ളാമെന്നും സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിക്കൊള്ളുന്നു.

Signature  
ഒപ്പ്

## FOR OFFICE USE

|                   |  |                      |  |                   |  |
|-------------------|--|----------------------|--|-------------------|--|
| 1. Membership No. |  | 2. Date of Admission |  | 3. DBR No. & Date |  |
| Secretary         |  | President            |  |                   |  |

# E. K. NAYANAR MEMORIAL CO-OPERATIVE HOSPITAL

EDAVANNA, P. O. PATHAPPIRIYAM - 676123

Reg. No. M. 753

## MEDICAL TREATMENT APPLICATION FORM

Name of Share Holder

|                      |     |                      |     |                      |        |                      |
|----------------------|-----|----------------------|-----|----------------------|--------|----------------------|
| <input type="text"/> | Age | <input type="text"/> | Sex | <input type="text"/> | M. No. | <input type="text"/> |
|----------------------|-----|----------------------|-----|----------------------|--------|----------------------|

Name of Nominee

|                      |     |                      |     |                      |
|----------------------|-----|----------------------|-----|----------------------|
| <input type="text"/> | Age | <input type="text"/> | Sex | <input type="text"/> |
|----------------------|-----|----------------------|-----|----------------------|

Address

Telephone No.

Name of Panchayath / Municipality

Details of Persons Covering in the Scheme (Only Children)

|    | Name | Age | Sex | Occupation | Relation | Pre Existing Disease if any |
|----|------|-----|-----|------------|----------|-----------------------------|
| 1. |      |     |     |            |          |                             |
| 2. |      |     |     |            |          |                             |
| 3. |      |     |     |            |          |                             |
| 4. |      |     |     |            |          |                             |
| 5. |      |     |     |            |          |                             |

I declare that this information furnished above is true and correct to my knowledge and belief. I also declare that we are good in health and are devoid of any disease.

Place:

Date:

Signature