



EMPLOYEES' OLD-AGE BENEFITS INSTITUTION

FORM: PR01

Province Code									
Registration Number									
Sub Code									
Beat Code									
Sector Code									
Regional PO Code									
Industrial Classification Code									

APPLICATION FOR REGISTRATION UNDER EMPLOYEES OLD-AGE BENEFITS SCHEME

ایمپلائز اولڈ ایج بینیفٹس اسکیم کے تحت رجسٹریشن کی درخواست

Type of Registration:	Mandatory	
رجسٹریشن کی قسم	لازمی	
	Voluntary	
	رضاکارانہ	
	Notified	
	محرم	

- 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 number of employees first totalled or more: _____
وہ تاریخ جب کہ پہلی دفعہ ادارے کے ملازمین کی تعداد اس سے زائد ہوئی
7. Date the Establishment came into existence: _____
ادارے کے وجود میں آنے کی تاریخ
8. Date the number of employees first totalled or more: _____
وہ تاریخ جب کہ پہلی دفعہ ادارے کے ملازمین کی تعداد اس سے زائد ہوئی
9. Present number of employees: _____
موجودہ ملازمین کی تعداد
10. If previously registered with E.O.B.I. Please state Registration No: _____
اگر پہلے ہی ادارے کا رجسٹریشن ای۔ او۔ بی۔ آئی میں ہوا ہو تو رجسٹریشن نمبر۔
- 9-A. Number of male employees: _____
11. Number of employees totalled less than 1 apply voluntarily _____
ملازمین کی تعداد کم سے کم 1 سے کم ہونے پر رجسٹریشن کی درخواست دے رہا ہوں
- 9-B. Number of female employees: _____
12. Nature of Business, Industry or Service: _____
ادارے کی کاروباری نوعیت
- 9-C. Number of handicapped employees: _____
13. SRO No. if covered by Notification: _____
اگر نوٹیفیکیشن کے تحت قانون کا اطلاق کیا ہے۔ تو ایس آر او 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 کے تحت رجسٹریشن کے لئے درخواست گزار ہوں/ہمیں اور قرار کرتا ہوں/ہمیں 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