

EMPLOYEES PROVIDENT FUND

Pulchowk, Lalitpur

Know Your Beneficiary (KYB) Form

Contributor UCIN No.:

Beneficiary Identification No.:

१. व्यक्तिगत विवरण:-

सञ्चयकर्ताको परिचयपत्र नं.: सञ्चयकर्ता सँगको नाता:.....

राष्ट्रिय परिचयपत्र नं. :

लाभग्राहीकोनाम, थर (देवनागरीमा) :

लाभग्राहीको नाम, थर (In English Block Letter):.....

लिङ्ग: ☐ पुरुष ☐ महिला ☐ अन्य: राष्ट्रियता: ☐ नेपाली ☐ अन्य:

जन्म मिति (वि.सं.) :

--	--	--	--	--	--	--	--

 -

--	--	--	--	--	--	--	--

 -

--	--	--	--	--	--	--	--

नागरिकता नं. वा नाबालिक परिचय पत्र नं:

नागरिकता वा नाबालिक परिचय पत्र नं: जारी जिल्ला र मिति :

स्थायी लेखा नं. (PAN) : (अनिवार्य नहुने)

खाता रहेको बैंकको नाम, शाखा.....

बैंक खाता नं. :

२. सम्पर्क विवरण :- मोबाइल नं. : ईमेल :

२.१. स्थायी ठेगाना : प्रदेश:जिल्ला:

म.न.पा./ उ.म.न.पा./ न.पा./ गा.पा.: वडा नं. टोल / Street

२.२. अस्थायी ठेगाना: प्रदेश:जिल्ला:

म.न.पा./ उ.म.न.पा./ न.पा./ गा.पा.: वडा नं. टोल/ Street

३. पारिवारिक विवरण :-

बुबाको नाम (In English Block Letter):

आमाको नाम (In English Block Letter):

बाजेको नाम (In English Block Letter):.....

पति वा पत्नीको नाम (In English Block Letter):

उपरोक्त विवरण साँचो हो र संलग्न कागजातहरू ठीक छन्, झुठ्ठा ठहरे कर्मचारी सञ्चय कोष ऐन २०१९ र अन्य प्रचलित कानून बमोजिम सजाय र हानी नोक्सानी भए क्षतिपूर्ति व्यहोर्ने मेरो मञ्जुरी छ ।