તારીખ : ___/___/_____

પ્રતિ,
શાખા મેનેજરશ્રી,
ધી ગુજરાત સ્ટેટ કો-ઓપ. બેંક લિ,
_____ શાખા

વિષય : વેલ્યુએડેડ સર્વિસીસ બાબત.

હું / અમો _____ આપની બેંકમાં સેવિંગ્સ / કરન્ટ / કેશક્રેડીટ ખાતુ ધરાવું છું / છીએ જેનો ખાતા નંબર: _____ છે.

હું નીચે જણાવ્યા મુજબની સેવાઓ મેળવવા રસ ધરાવું છું.

( ) PLATINUM RUPAY ATM CUM DEBIT (પ્લેટિનમ રૂપે ATM કમ ડેબીટ કાર્ડ)
( ) RUPAY ATM CUM DEBIT CARD (રૂપે ATM કમ ડેબિટ કાર્ડ)
( ) INTERNET BANKING (ઈન્ટરનેટ બેન્કીંગ)
( ) MOBILE BANKING with IMPS & SMS BANKING
(મોબાઈલ બેન્કીંગ સાથે આઈ.એમ.પી.એસ. અને એસ.એમ.એસ. બેન્કીંગ)

* ઉપરોક્ત સેવાઓ માટેનો મોબાઈલ નંબર (**રજીસ્ટર્ડ મો.નં.**) : | | | | | | | | | | |

ઈ મેઈલ આઈ.ડી. : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

સેવા પસંદગીની સામે (✓) ની નિશાની કરો.

આપનો વિશ્વાસુ, (ખાતા ધારક)

* ઈન્ટરનેટ બેન્કીંગ ટ્રાન્ઝેકશન પાસવર્ડ મોકલવા માટેનું રજીસ્ટર્ડ સરનામું સહી _____

_____

_____ નામ _____

_____

_____

માત્ર ઓફિસ ઉપયોગ માટે

૧. ઉપર જણાવેલ એકાઉન્ટ સંપૂર્ણ કે.વાય.સી. ને સુસંગત છે. ખાતા ધારકને વધારાની વેલ્યુએડેડ સર્વિસ આપી શકાશે.
૨. અરજદારની સહી બેંક રેકોર્ડ સાથે ચકાસેલ છે અને ગ્રાહકનો CIF No. _____ છે.
૩. મોબાઈલ નંબર, ઈ મેઈલ આઈ.ડી. અને માંગણી કરેલ સર્વિસીસ બરાબર રીતે અપડેટ કરેલ છે.

Front Desk Officer Asst. Manager Branch Manager

ઉપરોક્ત સેવા / સેવાઓને સક્રિય કરવા માટે જરૂરી ઈન્ટરનેટ બેન્કીંગ પાસવર્ડ કીટ / મોબાઈલ બેન્કીંગ પાસવર્ડ કીટ / RUPAY ATM કાર્ડ અને કીટ મળેલ છે.

આપનો વિશ્વાસુ, (ખાતા ધારક)

સહી _____

નામ _____

*** નોંધ : ઉપરોક્ત સેવા / સેવાઓ સંયુક્ત ખાતા ધારકોના કિસ્સામાં માત્ર પ્રથમ ખાતા ધારકને જ આપી શકાશે.**