

ಕರ್ನಾಟಕರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರ ಪತ್ತಿನ ಸಂಘಗಳ ಮಹಾಮಂಡಳ ನಿಯಮಿತ., ಬೆಂಗಳೂರು  
 ನಂ.16, 1ನೇ ಮಹಡಿ, 1ನೇ ಅಡ್ಡರಸ್ತೆ, ಲಿಂಕ್‌ರಸ್ತೆ, ಮಲ್ಲೇಶ್ವರಂ,ಬೆಂಗಳೂರು-560003  
 ಇ-ಸ್ಟಾಂಪಿಂಗ್‌ಉಪವಿತರಣಕೇಂದ್ರದಅರ್ಜಿ

1.	ಸಂಘದ ಹೆಸರು:
2.	ನೋಂದಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ, ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ:
3.	ತೆರೆಯಲು ಉದ್ದೇಶಿಸಿರುವ ಉಪ ವಿತರಣಾಕೇಂದ್ರದ ವಿಳಾಸ: ಅ. ಶಾಖೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಾರಂಭಿಸುವಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರಇಲಾಖೆಯಿಂದ ಉದ್ದೇಶಿತ ಸ್ಥಳವು ಸರ್ಕಾರ ಸಂಘದ ಉಪನಿಯಮಗಳ ರೀತ್ಯಾಕಾರ್ಯವ್ಯಾಪ್ತಿಯ ಒಳಗಿರಬೇಕು
4.	ಉದ್ದೇಶಿತ ಉಪ ವಿತರಣಾಕೇಂದ್ರದಕಟ್ಟಡದ ವಿವರ: ೧ ಬಾಡಿಗೆಕಟ್ಟಡವಾದಲ್ಲಿ ಸಂಘದ ಹೆಸರಿನ ಬಾಡಿಗೆಕರಾರು ಪತ್ರದ ಪ್ರತಿ ಲಗತ್ತಿಸಬೇಕು. ೨ ಸ್ವಂತಕಟ್ಟಡವಾದಲ್ಲಿಇತ್ತೀಚಿನಕಂದಾಯ ಪಾವತಿಸಿದ ರಸೀದಿ ಮತ್ತುಖರೀದಿ ಪತ್ರ (ಸೇಲ್‌ಡೀಡ್). ೩ ಭಾವ ಚಿತ್ರಗಳು (ಕಟ್ಟಡದ ಮತ್ತುಕಛೇರಿಯ ಒಳಾಂಗಣದ ಭಾವ ಚಿತ್ರಗಳು).
5.	ಲೆಕ್ಕ ಪರಿಶೋಧನಾ ವರದಿಗಳು: ೧. ಒಂದು ವರ್ಷದ ಲೆಕ್ಕಪರಿಶೋಧನೆಯಾಗಿರುವಆಡಿಟ್ ಲೆಕ್ಕತಃಖ್ತೆಗಳು ಮತ್ತುಒಂದು ವರ್ಷದ ಮಹಾಸಭೆಯ ನಡವಳಿಗಳು. ೨. ಹೊಸ ಸಂಘವಾದಲ್ಲಿತಾತ್ಕಾಲಿಕ ತಃಖ್ತೆಗಳು ನೀಡಬೇಕು. ೩. ಸಂಘದ ಮುಖ್ಯಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಣಾಧಿಕಾರಿಗಳು ಮತ್ತುಅಧ್ಯಕ್ಷರು / ಸರ್ಕಾರಇಲಾಖೆಯಿಂದಧೃಡೀಕರಿಸಬೇಕು.
6.	ಸಂಘದ ಬ್ಯಾಂಕಿನ ವಿವರಗಳು. ಕ. ಖಾತೆ ಸಂಖ್ಯೆ: ಖ. ಬ್ಯಾಂಕಿನ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಶಾಖೆ: ಗ. IFSC ಕೋಡ್: ಘ. ಬ್ಯಾಂಕಿನಲ್ಲಿ NEFT/RTGS ಸೌಲಭ್ಯವಿರಬೇಕು. ಙ. ಖಾತೆಯ ಚೆಕ್‌ನ ಒಂದುಜೆರಾಕ್ಸ್ ಪ್ರತಿ ಲಗತ್ತಿಸಬೇಕು.
7.	ಸಂಘದ PAN ಸಂಖ್ಯೆ: _____ 1.ಒಂದುಜೆರಾಕ್ಸ್ ಪ್ರತಿ ಲಗತ್ತಿಸಬೇಕು
8.	ಸಂಘವು ನಮ್ಮ ಮಹಾಮಂಡಳದಲ್ಲಿ ಸದಸ್ಯತ್ವ ಪಡೆದಿರುವ ವಿವರ ಿಆಜೀವ ಸದಸ್ಯತ್ವ <input type="checkbox"/> / ಸಹ ಸದಸ್ಯತ್ವ: <input type="checkbox"/> / ನಾಮಮಾತ್ರ ಸದಸ್ಯತ್ವ <input type="checkbox"/> ಿ ಸದಸ್ಯತ್ವದ ಸಂಖ್ಯೆ _____ ಮತ್ತು ದಿನಾಂಕ _____
9.	ಠೇವಣಿ ಪಾವತಿಯ ಬಗ್ಗೆ: ಿಭದ್ರತಾಠೇವಣಿರೂ 50,000ಗಳನ್ನು, ವ್ಯವಹಾರದ ಮುಂಗಡರೂ 50,000/-ಗಳನ್ನು, ಮತ್ತು ರೂ.1,180/-ಗಳನ್ನು ಪ್ರವೃತ್ತಿ ವೆಚ್ಚ (Processing fee, GST) ವನ್ನು ಮಹಾಮಂಡಳವು ತಿಳಿಸಿದಾಗ ಪಾವತಿಸತಕ್ಕದ್ದು.
10	ಈಗಾಗಲೇ ಸಂಘವು ಇ-ಸ್ಟಾಂಪಿಂಗ್‌ಕೇಂದ್ರವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದರೆ, ಅದರ ವಿವರ
11	ಕನಿಷ್ಠ ಮೂಲಭೂತ ಸೌಕರ್ಯಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಬಗ್ಗೆ ವಿವರ.

12	ಇತರೆ ಸಹಕಾರ ಸಂಘವಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ ಕನಿಷ್ಠ ರೂ.ಮೂರು ಲಕ್ಷ ಪಾಲು ಬಂಡವಾಳ ಹೊಂದಿರಬೇಕು.
	1.ಭರ್ತಿ ಮಾಡಿದಅರ್ಜಿಯನ್ನು ಸಂಘದ ಇ-ಮೇಲ್ ಮುಖಾಂತರSCAN ಮಾಡಿ ಮಹಾಮಂಡಳದ ಇ-ಮೇಲ್ <a href="mailto:kscsfltd@gmail.com">kscsfltd@gmail.com</a> ಐಡಿಗೆ ಕಳುಹಿಸಬೇಕು ನಂತರ ಮೂಲ ಪ್ರತಿಯನ್ನು(Hard Copy) ಮಹಾಮಂಡಳಕ್ಕೆ ರವಾನಿಸಬೇಕು.
	2.ಅ.ಸೂಪರ್‌ವೈಸರ್: ಪದವಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ, SSLCಅಂಕಪಟ್ಟಿ, ಮತ್ತುಗುರುತಿನಚೀಟಿ/PAN/ಆಧಾರ್‌ಕಾರ್ಡ್. ಆ.ಯೂಸರ್:SSLCಅಂಕಪಟ್ಟಿ, ಮತ್ತುಗುರುತಿನಚೀಟಿ/PAN/ಆಧಾರ್‌ಕಾರ್ಡ್.
	3.ಮೇಲ್ಕಂಡ ಎಲ್ಲಾದಾಖಲೆ, ಪತ್ರಗಳನ್ನು ಸಂಘದ ಮುಖ್ಯಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಣಾಧಿಕಾರಿಯವರುತಮ್ಮ ಮೊಹರಿನೊಂದಿಗೆಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ದೃಢೀಕರಿಸಿರಬೇಕು ಮತ್ತು ಸೂಪರ್‌ವೈಸರ್ ಮತ್ತು ಯೂಸರ್‌ಗಳ (ಅಂಕ ಪಟ್ಟಿ, ಗುರುತಿನ ಚೀಟಿಗಳನ್ನು) ಪತ್ರಾಂಕಿತ ಅಧಿಕಾರಿಗಳಿಂದ (ಗೆಜೆಟೆಡ್‌ಆಫೀಸರ್) ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ದೃಢೀಕರಿಸಿರಬೇಕು.
	4.SHCILಅರ್ಜಿಯಲ್ಲಿ ಸಂಘದ ಹೆಸರಿನ ಇ-ಮೇಲ್‌ಐಡಿ ಮತ್ತುದೂರವಾಣಿ ಲ್ಯಾಂಡ್ ಲೈನ್ ನಂ (ಡೈರೆಕ್ಟ್‌ನಂ) ಮತ್ತುಮುಖ್ಯಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಣಾಧಿಕಾರಿಯವರ ಮೊಬೈಲ್ ನಂ ಭರ್ತಿ ಮಾಡಬೇಕು
	5.ಅರ್ಜಿಯಲ್ಲಿ ನೀಡಿರುವ ಬ್ಯಾಂಕಿನಖಾತೆಯಿಂದಲೇಎಲ್ಲಾ ಹಣಕಾಸಿನ ವಹಿವಾಟು ನಡೆಸಬೇಕು.
	6.ಮಹಾಮಂಡಳವು ವಿಧಿಸುವ ಮಾನದಂಡಗಳ ಅನುಗುಣವಾಗಿಇದ್ದಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರಅರ್ಜಿಯನ್ನು ಶಿಫಾರಸ್ಸು ಮಾಡಲಾಗುವುದು.

ಸಂಘದಅಧ್ಯಕ್ಷರ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಸಹಿ: \_\_\_\_\_

ಸಂಘದ ಮು.ಕಾ.ನಿ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ಸಹಿ: \_\_\_\_\_

**:-ಕಛೇರಿಲುಪಯೋಗಕ್ಕೆ:-**

ಶಿಫಾರಸ್ಸು ಮಾಡಿದ ಪತ್ತಿನ ಮಹಾಮಂಡಳದ  
ನಿರ್ದೇಶಕರು

ತಯಾರಿಸಿದ ದ್ವಿ.ದ.ಸಹಾಯಕರು

ಹೆಸರು : \_\_\_\_\_

ಪರಿಶೀಲಿಸಿದ ನೋಡಲ್‌ಅಧಿಕಾರಿ

ಸಹಿ : \_\_\_\_\_

ಸಭೆಯಲ್ಲಿ ಪರಿಶೀಲಿಸಿದ ನಿರ್ದೇಶಕರ ಸಹಿ

ಮುಖ್ಯಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಣಾಧಿಕಾರಿ

ಅಧ್ಯಕ್ಷರ ಸಹಿ

## ಮಾದರಿ ಇ-ಸ್ವಾಂಪಿಂಗ್ ಠರಾವು

ವಿಷಯ 1: ನಮ್ಮ ಸಹಕಾರ ಸಂಘಕ್ಕೆ ಇ-ಸ್ವಾಂಪಿಂಗ್ ಉಪವಿತರಣಾ ಕೇಂದ್ರ ಮಂಜೂರು ಮಾಡಿಕೊಡುವಂತೆ ಪದಾಧಿಕಾರಿಗಳು ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ ಸಹಕಾರ ಪತ್ತಿನ ಸಂಘಗಳ ಮಹಾಮಂಡಳ ನಿ. ಬೆಂಗಳೂರು ಇವರನ್ನು ಕೋರುವ ವಿಚಾರ.

ತೀರ್ಮಾನ 1: ಈ ಬಗ್ಗೆ ಸಭೆಯಲ್ಲಿ ನಮ್ಮ ಸಹಕಾರ ಸಂಘವು ಈಗಾಗಲೇ ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ ಸಹಕಾರ ಪತ್ತಿನ ಸಂಘಗಳ ಮಹಾಮಂಡಳ ನಿ. ಬೆಂಗಳೂರು ಇದರ ಸದಸ್ಯತ್ವ ಪಡೆದಿರುವುದು ಸರಿಯಷ್ಟೆ. ಈಗ ನಮ್ಮ ಸಹಕಾರ ಸಂಘಕ್ಕೆ ಇ-ಸ್ವಾಂಪಿಂಗ್ ಉಪವಿತರಣಾ ಕೇಂದ್ರ ಮಂಜೂರು ಮಾಡಿಕೊಡುವಂತೆ ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ ಸಹಕಾರ ಪತ್ತಿನ ಸಂಘಗಳ ಮಹಾಮಂಡಳ ನಿ. ಬೆಂಗಳೂರು ಇದರ ಪದಾಧಿಕಾರಿಗಳನ್ನು ಕೋರಲು ಸಭೆಯು ಸರ್ವಾನುಮತದಿಂದ ತೀರ್ಮಾನಿಸಿತು. ಇ-ಸ್ವಾಂಪಿಂಗ್ ಉಪಕೇಂದ್ರವು ಸಂಘದ ಕಾರ್ಯವ್ಯಾಪ್ತಿಯ ಒಳಗಡೆ ಇರುವುದರಿಂದ ಈ ಬಗ್ಗೆ ಅಗತ್ಯ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಿ ಮಹಾಮಂಡಳದೊಡನೆ ವ್ಯವಹರಿಸಲು ಸಭೆಯು ಮುಖ್ಯಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಣಾಧಿಕಾರಿ/ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿ ರವರಿಗೆ ಅಧಿಕಾರ ನೀಡಲು ಸರ್ವಾನುಮತದಿಂದ ತೀರ್ಮಾನಿಸಿತು.

ವಿಷಯ 1: ಇ-ಸ್ವಾಂಪಿಂಗ್ ಉಪವಿತರಣಾ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ನಿರ್ವಹಣೆ ಮಾಡಲು ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳಿಗೆ ಜವಾಬ್ದಾರಿ ನೀಡುವ ಬಗ್ಗೆ.

ತೀರ್ಮಾನ 2: ಈ ಬಗ್ಗೆ ಸಭೆಯು ಚರ್ಚಿಸಿ ಸಂಘದ ವತಿಯಿಂದ ಇ-ಸ್ವಾಂಪಿಂಗ್ ಉಪ ವಿತರಣಾ ಕೇಂದ್ರದ ನಿರ್ವಹಣೆಗಾಗಿ ಶ್ರೀ\_\_\_\_\_ ರವರು ಸೂಪರ್‌ವೈಸರ್ ಆಗಿ ಹಾಗೂ ಶ್ರೀ\_\_\_\_\_ ರವರು ಯೂಸರ್ ಆಗಿ ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸಲು ಸಭೆಯು ಸರ್ವಾನುಮತದಿಂದ ತೀರ್ಮಾನಿಸಿತು.

SECURITY DEPOSIT: 50,000/- Please transfer the deposit  
below account details

APEX Bank

1. Account number: 1014102040000022

2. Account Name: Karnataka state co-operative credit  
societies

Federation Ltd.

3. Bank Name: The Karnataka state co op Apex bank Ltd

4. Branch Name: vyalikaval branch

5. IFSC code: KSCB 0001014



# Stock Holding Corporation of India Limited

Registered office : 301, Center Point, Dr. Babasaheb Ambedkar Road, Parel, Mumbai – 400012

Visit us at : [www.shcilestamp.com](http://www.shcilestamp.com)

VER 3. 270520

## Application Form for ID Creation for ACC Branch

Date

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

(To be filled in BLOCK LETTERS Only)

Name of ACC		Branch	
District	Mandatory	City	Mandatory

ID to be created for : (Please ✓ Tick whichever applicable)

<input type="checkbox"/> e-Stamping system	<input type="checkbox"/> e-Registration system
--	--

### Branch Details

Name of the Branch Head	First Name	Middle Name	Last Name
Employee Code	E-mail	Mandatory	
Branch Address			
	Pin Code		
Direct Number	(With STD Code)		
Mobile Number	Mandatory		
Fax Number	(With STD Code)		

### Supervisor Details

#### Supervisor 1

Name of the Supervisor	First Name	Middle Name	Last Name	Paste your recent passport size colour Photograph and sign across it					
PAN Number	Gender ( ✓ Tick )		<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female						
Date of Birth	D	D	M		M	Y	Y	Y	Y
Designation	Department								
Direct Number	(With STD Code)			Signature					
Mobile Number	Mandatory								
E-mail	Mandatory								

### Supervisor Details

#### Supervisor 2

Name of the Supervisor	First Name	Middle Name	Last Name	Paste your recent passport size colour Photograph and sign across it					
PAN Number	Gender ( ✓ Tick )		<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female						
Date of Birth	D	D	M		M	Y	Y	Y	Y
Designation	Department								
Direct Number	(With STD Code)			Signature					
Mobile Number	Mandatory								
E-mail	Mandatory								

User Details		User 1		
Name of the User	First Name	Middle Name	Last Name	
PAN Number			Gender ( ✓ Tick ) <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
Date of Birth	D	D	M	M
	Y	Y	Y	Y
Designation			Department	
Direct Number				(With STD Code)
Mobile Number				Mandatory
E-mail				Mandatory
				Signature

User Details		User 2		
Name of the User	First Name	Middle Name	Last Name	
PAN Number			Gender ( ✓ Tick ) <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
Date of Birth	D	D	M	M
	Y	Y	Y	Y
Designation			Department	
Direct Number				(With STD Code)
Mobile Number				Mandatory
E-mail				Mandatory
				Signature

**Note :**

- Please do not leave any field blank. Please write NA in the fields which are not applicable to you
- For Identity proof, copy of Employee ID card or PAN Card is compulsory as per KYC guidelines
- Forms without photographs will not be accepted
- Please mention e-mail address (required for sending passwords). If e-mail is not available then enter the branch head/manager's e-mail
- Please mention contact numbers (mobile number is mandatory)
- Sign and stamp/seal is mandatory wherever mentioned.

I hereby declare that the above filled details are true to my knowledge and belief. In the event, any of the details of these users are found to be incorrect, SHCIL shall have the right to prevent access to the e-Stamping / e-Registration system, to such users.

Name :

Place :

Date :

Signature of Controlling Branch Head with Seal

**FOR USE BY CRA - ADMIN ONLY**

		e-Stamping	e-Registration
Location	Branch Code :		
Account Name:	Account ID:		
Supervisor 1 Name:	Supervisor 1 ID:		
Supervisor 2 Name:	Supervisor 2 ID:		
User 1 Name:	User 1 ID:		
User 2 Name:	User 2 ID:		

ID CREATED BY :

EMPLOYEE CODE :

ID CREATION DATE :

SIGNATURE :