



কর্মচারী কর্তৃক সত্যায়িত নমিনীর ১
কপি রপ্তান ছবি

ওয়েস্ট জোন পাওয়ার ডিভিভিউশন কোম্পানী লিঃ
গোষ্ঠী বীমার অর্থ প্রাপ্তির জন্য নমিনেশন ফর্ম

কর্মকর্তা/ কর্মচারীর নাম				
পদবী				
পিতার/ স্বামীর নাম				
মাতার নাম				
জন্ম তারিখ				
দপ্তর				
আইডেন্টিফিকেশন নম্বর				
স্থায়ী ঠিকানা				
ওজোপাডিকোতে যোগদানের তারিখ				
এ মর্মে ঘোষণা করছি যে, আমার মৃত্যুর পর বীমা দাবী বাবদ প্রাপ্য টাকা নিম্নবর্ণিত নমিনীদের মধ্যে তাদের নামের পার্শ্বে বর্ণিত হারে প্রদানের জন্য মনোনয়ন করলাম				
নমিনীর তথ্য				
নমিনীর নাম	নমিনীর সাথে সম্পর্ক	নমিনীর জন্ম তারিখ ও বয়স	নমিনীর অংশ	নমিনী অপ্রাপ্ত বয়স্ক হলে তার অংশ যাকে প্রদেয় হবে তার নাম ও নমিনীর সাথে তার সম্পর্ক এবং তার জাতীয় পরিচয় পত্র নং

কর্মকর্তা/ কর্মচারীর স্বাক্ষর

প্রতিস্বাক্ষরিত (দপ্তর প্রধান)
(সীল সহ)

মহাব্যবস্থাপক (হিসাব ও অর্থ)
সদর দপ্তর, ওজোপাডিকো
খুলনা।