

खाताधारक(कों) का नाम / Name of Account Holder(s) _____

समस्तीपुर जिला सेन्ट्रल को-ऑपरेटिव बैंक लि०  The Samastipur District Central Co-operative Bank Ltd. शाखा/Branch	बचत बैंक आहरण फार्म SAVINGS BANK WITHDRAWAL FORM	दिनांक/Date _____ 20____	
नोट: यह फार्म चेक नहीं है। इस फार्म के साथ पास-बुक प्रस्तुत नहीं किए जाने पर भुगतान के लिए इनकार किया जाएगा। यह भुगतान केवल मूल (होम) शाखा में ही किया जाएगा। NOTE: This form is not a cheque. Payment will be refused if the pass-book is not produced with this form. The payment will be made only at the Home Branch.		खाता सं० ACCOUNT NO. 	
कृपया मुझे/हमें रु० / Please pay self/overselves Rs. _____ (रूपये/Ruppes _____ मात्र/only) का भुगतान करें और मेरे/हमारे उपर्युक्त बचत			
बैंक खाते को यह राशि नामे करें/and Debit the Amount to my / Our above Savings Bank Account. मोबाइल/टेलिफोन सं० / Mobile/Tel. No. खाताधारक(कों) का हस्ताक्षर Signature(s) of the Account Holder(s)			
कार्यालय उपयोग हेतु / FOR OFFICE USE			
पासकर्ता/Passed by	हस्ताक्षर/Signature	पासकर्ता/Passed by	हस्ताक्षर/Signature
एकडब्ल्यूओ/SWO		पासकर्ता/PASSING OFFICER	