

**FORM OF ANNUAL INFORMATION ON FACTORY / ESTABLISHMENT COVERED UNDER ESI ACT
EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION**

333, Cross Cut Road, Coimbatore - 641 012. Ph : 2236226, 2233815 Fax : 2231734

Visit us at : www.esicoimbatore.org

(Regulation 10 C)

*Employer's Code No. _____

1. Name of the Factory/Establishment : _____
2. Complete Postal address of the Factory / Establishment : _____
PIN _____
3. (a) Telephone No., if any _____ : (b) Fax No. if any _____
(c) E-mail address if any _____
4. Location of Factory / Establishment :
(a) State _____ (d) Name of Town / Revenue Village _____
(b) District _____ (Taluk/Tahsil) _____
(c) Municipality/Ward _____ (e) Police Station _____
(f) Revenue Demarcation/Hudbast No. _____
5. Details of Bank A/c : (b) Name of Bank and Branch :
(a) Account No. _____ (i) _____
(b) Account No. _____ (ii) _____
(c) Account No. _____ (iii) _____
6. (a) Income Tax PAN/GIR No. _____
(b) Income Tax Ward/Circle/Area _____
7. (a) In case of factory whether Licence issued :
Under Section 2(m) (i) or 2(m) (ii) of the
Factories Act, 1948 : _____
(b) Power connection No. : No. Sactioned power load Issuing Authority
8. (a) Whether it is public or private Ltd. :
Company Partnership / Proprietorship/
Co-operative Society/Ownership (attach
copy of Memorandum & Articles of
Accociation/Partnership Deed/Resolution) _____
(b) Give name, present & permanent
residential address of present Proprietor/
Managing Directors, Director/Managing
Partners, Partners/Secretary of the
Co-operative Society :
Name Designation Address
i)
ii)
iii)
iv)
v)
vii)
viii)
9. Address(es) of the Registered Office/Head :
Office / Branch Office / Sales Office /
Administrative Office / other offices if any,
with no of employees attached with each such
office and person responsible for the office. :
(give details on a separate sheet, if required)
10. (a) Whether any work/business carried out :
through contractor/immediate employer : _____
(b) If yes, give nature of such work/
business : _____

I hereby declare that the statement given above is correct to the best of my knowledge and belief. I also undertake to intimate changes, if any, promptly to the Regional Office/Sub-Regional Office, ESI Corporation as soon as such changes take place.

Date : _____ Name & Signature _____

Place : _____ Designation with seal _____

(Should be signed by principal employer u/s 2(17) of ESI Act)

क.रा.बी. निगम अधिनियम के अधीन व्याप्त कारखाने/स्थापना की वार्षिक सूचना का प्ररूप

कर्मचारी राज्य बीमा निगम

(विनियम 10 ग)

*नियोजक कूट संख्या _____

1. कारखाने/स्थापना का नाम : _____
2. कारखाने/स्थापना का पूरा डाक पता : _____ पिन _____
3. (क) दूरभाष संख्या, यदि है _____ : (ख) फैंक्स संख्या, यदि है _____
(ग) ई-मेल पता, यदि है _____
4. कारखाने/स्थापना की अवस्थिति :
(क) राज्य _____ (घ) कस्बे/राजस्व गांव का नाम _____
(b) (ख) जिला _____ तालुका/तहसील _____
(c) (ग) नगरपालिका/वार्ड _____ (ड.) पुलिस थाना _____
(च) राजस्व सीमांकन/हदबस्त संख्या _____
5. बैंक खाते के ब्योरे : (ख) बैंक तथा शाखा का नाम
(क) लेखा संख्या _____ (i) _____
(ख) लेखा संख्या _____ (ii) _____
(ग) लेखा संख्या _____ (iii) _____
6. (क) आयकर पैन/जी.आई.आर.संख्या _____
(ख) आयकर वार्ड/सर्कल/क्षेत्र _____
7. (क) कारखाने के मामले में क्या जारी किया गया लाइसेंस कारखाना अधिनियम, 1948 की धारा 2(ड) (i) अथवा 2(ड) (ii) के अधीन किया गया है :
(ग) शक्ति (पावर) कनेक्शन संख्या : संख्या स्वीकृत शक्ति भार जारीकर्ता प्राधिकारी
8. 12. (क) क्या यह एक सार्वजनिक अथवा निजी लिमिटेड कम्पनी/ साझेदारी/मालिकाना/ सहकारी सोसाइटी/स्वामित्व है (संस्था के सीमा नियम व अंतर्नियम ज्ञापन/साझेदारी-विलेख/ संकल्प की प्रतिलिपि संलग्न करें)
(ख) वर्तमान मालिक/प्रबन्ध निदेशकों, निदेशक/प्रबन्ध साझेदार, साझेदार/सहकारी सोसाइटी के सचिव का नाम, वर्तमान तथा स्थाई आवासीय पता लिखें : नाम पदनाम पता
i)
ii)
iii)
iv)
v)
vii)
viii)
9. पंजीकृत कार्यालय/मुख्य कार्यालय/ शाखा कार्यालय/ बिक्री कार्यालय/प्रशासनिक कार्यालय/ अन्य कार्यालय यदि कोई हो, तथा ऐसे प्रत्येक कार्यालय से संबद्ध कर्मचारियों की संख्या और कार्यालय के लिए उत्तरदायी व्यक्ति : वर्तमान पता कर्मचारियों की संख्या दूरभाष संख्या/ फैंक्स संख्या कार्यकार्यालय के दैनिक कार्य के लिए उत्तरदायी व्यक्ति
(अपेक्षित होने पर विवरण पृथक शीट पर दें)
10. (क) क्या कोई कार्य/कारबार ठेकेदार/अव्यवहित नियोजक के माध्यम से कराया गया है। :
(ख) यदि हाँ तो ऐसे कार्य/कारोबार के स्वरूप का उल्लेख करें :
मैं एतद्द्वारा घोषणा करता हूँ कि ऊपर दिया गया विवरण मेरी अधिकतम जानकारी तथा विश्वास के अनुसार सही है। कोई परिवर्तन होने की स्थिति में उसकी सूचना परिवर्तन होने के पश्चात यथाशीघ्र तत्परतापूर्वक क्षेत्रीय कार्यालय/उप क्षेत्रीय कार्यालय, क.रा.बी.निगम को देने का भी वचन देता हूँ।
तारीख : नाम व हस्ताक्षर _____
स्थान : सील सहित पदनाम _____

(क.रा.बी.अधिनियम की धारा 2(17) के अधीन प्रधान नियोजक ही हस्ताक्षर करें)