

Checklist Form

(To be filled by the Workman/Employee on or before 10.12.2023 whose name is in the file named "Detail required LML Employees/Workmen_Nov 2023")

Ref: Public Notice dated 22.11.2023 by LML Ltd.

To
The Liquidator,
LML Limited (In Liquidation),
S-34, LGF, Greater Kailash-II, New Delhi-110048
Email ID: lml.liquidator@gmail.com

My name is in the list and my details are as under:

1. Name of Workman/Employee:
2. Employee Code: (Enclose: I-card issued by LML Ltd.)
3. Claim Number as per List:
4. Address of Workman/ Employee:
5. Father's Name:.....
6. Mobile No.:.....
7. Email Id:.....
8. PAN No. (if available):.....
9. Aadhar Card No.:.....
10. Bank Details:
 - a) Account Holder Name:
 - b) Bank Account Number:
 - c) Bank Name:
 - d) Bank Branch Address:
 - e) IFSC:
11. Copy of Cancelled Cheque/Bank Passbook (Having name of the workman/employee on it): to be enclosed with this form

I hereby confirm that

- i) my name is in the list available at LML website in file named "Detail required LML Employees/Workmen_Nov 2023"
- ii) details/documents provided by me are correct and true.
- iii) I will be solely responsible for the consequences if any false information is provided by me.

Date:

Place:

(Signature)

(Name:.....)

Note :

1. Properly filled form along with enclosures to be sent by workman/employee to liquidator's office at **email ID: lml.liquidator@gmail.com**
2. Copy of I-card, PAN Card, Aadhar Card, Cancelled Cheque/Bank Pass Book to be enclosed with this form.

Checklist Form /चेकलिस्ट फॉर्म

यह फॉर्म उन पूर्व श्रमिकों /कर्मचारियों द्वारा भरा जायेगा जिसका नाम "Detail required LML Employees/Workmen_Nov 2023" नामक फ़ाइल में है)

संदर्भ: एलएमएल लिमिटेड द्वारा सार्वजनिक सूचना दिनांक 22.11.2023

To
The Liquidator,
LML Limited (In Liquidation),
S-34, LGF, Greater Kailash-II, New Delhi-110048
Email ID: lml.liquidator@gmail.com

मेरा नाम सूची में है और मेरा विवरण इस प्रकार है:

1. कर्मचारी का नाम :
2. कर्मचारी कोड: (संलग्न करें: एलएमएल लिमिटेड द्वारा जारी आईकार्ड/ पहचान पत्र)
3. सूची के अनुसार दावा संख्या/ Claim no.:
4. कर्मचारी का पता:
5. पिता का नाम:
6. मोबाइल :
7. ईमेल आईडी:
8. पैन नंबर (यदि उपलब्ध हो):
9. आधार कार्ड संख्या:
10. बैंक विवरण:
 - a) खाता धारक का नाम:
 - b) बैंक खाता संख्या :
 - c) बैंक का नाम:
 - d) बैंक शाखा का पता:
 - e) आईएफएससी/ IFSC:
11. रद्द चेक /बैंक पासबुक की प्रति (जिस पर कर्मचारी का नाम हो): इस फॉर्म के साथ संलग्न करें

मैं इसकी पुष्टि करता हूँ

- i) मेरा नाम LMLWebsite पर उपलब्ध फ़ाइल नाम की फ़ाइल "Detail required LML Employees/Workmen_Nov 2023" की सूची में है।
- ii) मेरे द्वारा उपलब्ध कराये गये विवरण/दस्तावेज सही एवं सत्य हैं।
- iii) यदि मेरी ओर से कोई गलत जानकारी प्रदान की जाती है तो परिणामों के लिए मैं पूरी तरह से जिम्मेदार होऊंगा।

तारीख:

स्थान:

(हस्ताक्षर)

(नाम:)

नोट:

1. उचित रूप से भरा हुआ फॉर्म संलग्नकों के साथ कर्मचारी द्वारा परिसमापक के कार्यालय को ईमेल आईडी: lml.liquidator@gmail.com पर भेजा जाना चाहिए
2. इस फॉर्म के साथ LMLआईकार्ड/ पहचान पत्र, पैन कार्ड, आधार कार्ड, रद्द चेक /बैंक पास बुक (स्व अभिप्रमाणित) की प्रति संलग्न करनी होगी।