

തീയതി:

To,
ജനറൽസെക്രട്ടറി
ഫെഡ്ഡ ഡയറക്ടറേഴ്സ് യൂണിയൻ,
ഫ്രീഡം റോഡ്, കലൂർ,
കൊച്ചി - 682017

സർ,

ഫെഡ്ഡ ഡയറക്ടറേഴ്സ് യൂണിയൻ അംഗങ്ങൾക്ക് സൗജന്യമായി നടപ്പിലാക്കിവരുന്ന മെഡിക്കൽ ഇൻഷുറൻസ് പദ്ധതിയിൽ 2018-19 സാമ്പത്തിക വർഷത്തേക്ക് എന്നെയും ഉൾപ്പെടുത്തണമെന്ന് അപേക്ഷിക്കുന്നു.

കുടുംബാംഗങ്ങളെക്കുടി ഉൾപ്പെടുത്തേണ്ടവർ മാത്രം പൂരിപ്പിക്കുക

താഴെ പേരുവിവരങ്ങൾ നൽകിയിരിക്കുന്ന എൻറെ കുടുംബാംഗങ്ങളെക്കുടി ഈ പദ്ധതിയിൽ ചേർക്കണമെന്ന് അഭ്യർത്ഥിക്കുന്നു. ഇതിനാവശ്യമായ തുക ഓഫീസിൽ നിന്നും അറിയിക്കുന്ന മുറയ്ക്ക് അടച്ചുകൊള്ളാമെന്നും ഇതിനാൽ ഉറപ്പ് നൽകുന്നു.

	കുടുംബാംഗങ്ങളുടെ പേര്	ബന്ധം	ജനന തീയതി

ഫെഡ്ഡ ഡയറക്ടറേഴ്സ് യൂണിയൻ അംഗത്വ നമ്പർ -

സിനിമാ രംഗത്തുള്ള പേര് :

ഔദ്യോഗിക പേര് :

ജനന തീയതി :

മേൽപ്പറഞ്ഞ വിവരങ്ങൾ സത്യമാണെന്ന് ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

ഒപ്പ് :

പേര് :

NB: 1. അപേക്ഷകരുടെ ഫോട്ടോ അപേക്ഷയോടൊപ്പമോ, fefkadirectors@gmail.com എന്ന ഇ-മെയിൽ ഐഡിയിലേക്കോ അയച്ചുതരിക

2. വാർഷിക വരി സംഖ്യ, ഇൻഷുറൻസ് കുടിശ്ശിക എന്നിവ പൂർണ്ണമായും അടച്ചിരിക്കേണ്ടതാണ്

3. പൂരിപ്പിച്ച അപേക്ഷ 15.03.2018 നകം ഓഫീസിൽ ലഭിച്ചിരിക്കേണ്ടതാണ്.