

Date : -----

**SHRI ADINATH CO.OP. BANK LTD.  
ICHALKARANJI**

Branch : -----

7/23,24, Adath Peth, Janata Chowk, Ichalkaranji-416115

**Grievance / Complaint Form**

Name of the Customer : -----

Address : -----

Type of Account : Savings ( ) Current ( ) Term Deposit ( ) Loan A/c ( ) Other ( )

Account Number : -----

Mobile No : ----- Email ID : -----

Details of previous complaint lodged (if any): Yes / No

If Yes, then Date of Previous Complaint : -----

Details of Grievance / Complaint :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

I/We, the complainant/s herein declare that:

(a)The information furnished herein above is true and correct; and

(b) I/We have not concealed or misrepresented any fact stated in aforesaid columns and the documents submitted herewith.

Place : -----

Signature Of the Customer : -----

Please send this form, completely filled and signed, to Mr. Pradip Patil, Nodal Officer - Grievance Redressal, ShiAdinath Coop Bank Ltd. Ichalkaranji, 7/23,24, Adath Peth, Janata Chowk, Ichalkaranji - 416115. You may also email us the scanned image of the filled up form to [sacb@shriadinathbank.com](mailto:sacb@shriadinathbank.com) In case you are not satisfied with our resolution or if you do not receive a response within 30 days of approaching the bank, you may contact the Banking Ombudsman. The details of the Banking Ombudsman Scheme 2006 and the addresses of the Banking Ombudsman offices are available in any of our branches.

दिनांक : -----

श्री आदिनाथ को-ऑप बँक लि.इचलकरंजी

शाखा : -----

7/23,24, अडत पेठ, जनता चौक, इचलकरंजी - 416115

## तक्रार नोंदणी फॉर्म

ग्राहकाचे पूर्ण नाव : -----

पत्ता : -----

मोबाईल क्र : ----- ई-मेल आयडी : -----

खाते प्रकार : बचत ( ) चालू ( ) मुदत ठेव ( ) कर्ज खाते ( ) इतर ( )

खाते क्रमांक : -----

यापूर्वी दाखल केलेल्या तक्रारीचा तपशील (असल्यास): होय / नाही

जर यापूर्वी तक्रार दाखल केलेली असेल, तर मागील तक्रारीची तारीख: -----

तक्रारीचा तपशील :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

मी/आम्ही, तक्रारदार/येथे घोषित करतो की:

(a) वर दिलेली माहिती खरी आणि बरोबर आहे;

(b) मी/आम्ही उपरोक्त स्तंभांमध्ये नमूद केलेली कोणतीही वस्तुस्थिती आणि यासोबत सादर केलेली कागदपत्रे लपवून ठेवली नाहीत किंवा चुकीची माहिती दिलेली नाही.

ठिकाण : -----

ग्राहकाची सही : -----

कृपया पूर्णपणे भरलेला आणि स्वाक्षरी केलेला हा फॉर्म, श्री प्रदिप भूपाल पाटील, नोडल अधिकारी - तक्रार निवारण, श्री आदिनाथ को-ऑप बँक लि. इचलकरंजी, 7/23,24, अडत पेठ, जनता चौक, इचलकरंजी - 416115 यांना पाठवावा किंवा तुम्ही ईमेल देखील करू शकता. आम्हाला भरलेल्या फॉर्मची स्कॅन केलेली प्रत [sacb@shriadinathbank.com](mailto:sacb@shriadinathbank.com) या ईमेल वरती पाठवावी. जर तुम्ही आमच्या प्रत्युत्तरावरती समाधानी नसाल किंवा बँकेशी संपर्क साधल्यानंतर 30 दिवसांच्या आत तुम्हाला प्रतिसाद मिळाला नाही तर तुम्ही बँकिंग लोकपालशी संपर्क साधू शकता. बँकिंग ओम्बड्समन स्कीम 2006 चे तपशील आणि बँकिंग लोकपाल कार्यालयांचे पत्ते आमच्या कोणत्याही शाखेत उपलब्ध आहेत.