

तारीख:.....

विभागीय आवास के साझेदारी का आवेदन

क्र.	व्य.सं. एवं आबंटित का नाम	पदनाम	तैनात	ओ.आर.सं.	परिवार के सदस्य का ब्यौरा (विवरण)		
					नाम	उम्र	संबंध

क्र.	साझेदार का नाम	पदनाम	तैनात	आबंटित के साथ कोई संबंध	आबंटित को भाड़ा देने का राशि की सहमति	आवास साझेदारी की अवधि	यदि साझेदार का परिवार भी है तो विवरण

प्रमाणित किया जाता है कि उपरोक्त जानकारी सही है

आबंटित के हस्ताक्षर:.....तारीख:.....

साझेदार के हस्ताक्षर:.....तारीख:.....