**विकल्‍प फॉर्म/OPTION FORM**

*(एमएसीपी के अंतर्गत वेतन का निर्धारण)/(fixation of pay under MACP)*

मैं ............................................................................................................ (नाम एवं पदनाम) एतद् द्वारा कार्यालय आदेश सं. ..................... दिनांक ............................. द्वारा एमएसीपी प्रदान किए जाने के परिणाम स्‍वरूप अपने वेतन के निर्धारण के लिए चयन करता/करती हूँ/I, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Name & designation) hereby elect for fixation of my pay consequent upon grant of MACP vide Office Order no. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dated \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(कृपया एक विकल्‍प पर √ का निशान लगाएं)/(Please tick on option)

दिनांक ......................................... अर्थात मुझे एमएसीपी प्रदान किए जाने की तिथि से प्रभावी/With effect from \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_i.e. my date of grant of MACP

**अथवा/Or**

दिनांक ...................................... से अर्थात् अगली वेतन वृद्धि की प्रोद्भवन की तिथि से प्रभावी/with effect from \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ i.e. on the date of accrual of next increment.

दिनांक/Date : ....................................

हस्‍ताक्षर/Signature: ......................................

नाम/Name : ................................................

पदनाम/Designation: ......................................