

Form B

Notification of amendment of rules

Sectional Titles Schemes Management Act, 2011 - Section 10(5)(a)

Scheme Details:	
Name of Scheme:	
SS Number / year:	/ (first number, if more than one)
Local Municipality name:	

To: Community Schemes Ombud Service

<p>We, the undersigned trustees and <i>(where applicable)</i> managing agent of the body corporate of the above scheme give notice that, in accordance with the requirements of the Act and the rules of the scheme and on the following date, the body corporate made the rules set out in the schedule attached to this notice and initialed by us for identification.</p>	<p>Date rules adopted:</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>/</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>/</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>D</td> <td></td> <td>M</td> <td>M</td> <td></td> <td>Y</td> <td>Y</td> <td>Y</td> <td>Y</td> </tr> </table> <p><i>(to be inserted before signature)</i></p>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D	D		M	M		Y	Y	Y	Y
<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>												
D	D		M	M		Y	Y	Y	Y												

To be signed by two trustees and any managing agent:

Name:	Capacity:																				
Signature:	<table border="0"> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>/</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>/</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>D</td> <td></td> <td>M</td> <td>M</td> <td></td> <td>Y</td> <td>Y</td> <td>Y</td> <td>Y</td> </tr> </table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D	D		M	M		Y	Y	Y	Y
<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>												
D	D		M	M		Y	Y	Y	Y												
Name:	Capacity:																				
Signature:	<table border="0"> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>/</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>/</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>D</td> <td></td> <td>M</td> <td>M</td> <td></td> <td>Y</td> <td>Y</td> <td>Y</td> <td>Y</td> </tr> </table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D	D		M	M		Y	Y	Y	Y
<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>												
D	D		M	M		Y	Y	Y	Y												
Name:	Capacity:																				
Signature:	<table border="0"> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>/</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>/</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>D</td> <td></td> <td>M</td> <td>M</td> <td></td> <td>Y</td> <td>Y</td> <td>Y</td> <td>Y</td> </tr> </table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D	D		M	M		Y	Y	Y	Y
<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>												
D	D		M	M		Y	Y	Y	Y												

Confirmation of lodgment of notification:

For Chief Ombud - Community Schemes Ombud Service

Name:	Capacity:																				
Signature:	<table border="0"> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>/</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>/</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>D</td> <td></td> <td>M</td> <td>M</td> <td></td> <td>Y</td> <td>Y</td> <td>Y</td> <td>Y</td> </tr> </table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D	D		M	M		Y	Y	Y	Y
<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>												
D	D		M	M		Y	Y	Y	Y												

Completed forms must be emailed to: sectionaltitles@csos.org.za