

با سلام

احتراما اینجانب
فرزند / / متولد / به شماره شناسنامه / صادره از
دارنده کد ملی / که داری عضویت معتبر به شماره / میباشم
دارای پروانه اشتغال فاقد پروانه اشتغال
آدرس سکونت :
تلفن :
آدرس محل کار :
همراه :
تلفن :

خواهشمند است با عنایت به اینکه در حال حاضر / سال / ماه / روز سن داشته و مدعی ام دارای سوابق پرداخت
حق بیمه قبلی می باشم نمی باشم

ضمنا ریز سوابق پرداخت حق بیمه مورد ادعا به شرح ذیل اعلام میگردد

۱- نام کارگاه / به کارفرمایی
از تاریخ / لغایت / نزد شعبه تامین اجتماعی

۲- نام کارگاه / به کارفرمایی
از تاریخ / لغایت / نزد شعبه تامین اجتماعی

اینجانب متعهد می شوم :

- هر زمان که حق عضویت خود را پرداخت ننمودم سازمان مجاز است با سازمان تامین اجتماعی جهت قطع بیمه مکاتبه نماید.
- در صورت قطع بیش از ۳ ماه بیمه چه شرایط عدم استمرار عضویت و یا عدم پرداخت حق بیمه مستلزم انجام آزمایشات پزشکی و انجام سیکل برقراری بیمه از ابتدا خواهم بود.

- اینجانب کلیه بند های بخشنامه ۶۷۰/۱ مورخ ۹۸/۱۲/۰۱ را مطالعه کرده و میپذیرم.

امضا

تاریخ

نام و نام خانوادگی

نامبرده بدهی مالی (دارد ندارد)

تایید واحد مالی سازمان

نامبرده عضو سازمان (می باشد نمی باشد)

تایید واحد امور مهندسی