



سازمان تامین اجتماعی

بسمه تعالی

«فرم اعتراض به میزان حق بیمه»

فرم شماره (۱)

الف: این قسمت توسط کارفرما تکمیل می گردد:

نام و نام خانوادگی:

شماره کارگاه:

فعالیت کارگاه:

شماره و تاریخ اعلام بدهی:

آدرس کارگاه:

شرح اعتراض:

تاریخ:

امضاء کارفرما:

خواهشمند است در صورت امکان، قسمت زیر را تکمیل فرمایید:

توضیحات	نوع اعتراض
	۱- عدم شمول <input type="checkbox"/>
	۲- نرخ حق بیمه <input type="checkbox"/>
	۳- میزان ضریب اعمالی <input type="checkbox"/>
	۴- معافیت از حق بیمه پنج نفر از بیمه شدگان <input type="checkbox"/>
	۵- دستمزد بیمه شدگان <input type="checkbox"/>
	۶- دوره بدهی بیمه شدگان <input type="checkbox"/>
	۷- تعداد بیمه شدگان <input type="checkbox"/>
	۸- سایر موارد <input type="checkbox"/>

تاریخ رسیدگی در هیات بدوی: روز ماه سال ساعت محل تشکیل جلسه رسیدگی:

نام و نام خانوادگی کارفرما:

امضاء کارفرما: