

نمونه فرم اعتراض به بدهی تامین اجتماعی

بسته



سازمان تامین اجتماعی

(فرم شماره ۲)

فرم اعتراض به میزان حق بیمه

این قسمت توسط کارفرما تکمیل می گردد:

نام و نام خانوادگی کارفرما:	نام کارگاه:	شماره کارگاه:
شماره بدهی مورداعتراض:	کد ملی کارفرما:	فعالیت کارگاه:
شماره و تاریخ انقاص بدهی:		
آدرس کارگاه:		
شرح اعتراض:		

شماره تگن همراه کارفرما:	آدرس امیل کارفرما:
تاریخ:	اعضاء کارفرما:

تاریخ رسیدگی در هیأت بدوی:	روز:	ماه:	سال:	ساعت:
محل تشکیل جلسه رسیدگی:				
نام و نام خانوادگی کارفرما:	اعضاء کارفرما:			

تاریخ:	اعضاء شعبه:
--------	-------------