

فرم اعتراض به میزان حق بیمه

الف) این قسمت توسط کارفرما تکمیل می گردد:

نام و نام خانوادگی: شماره کارگاه:
 فعالیت کارگاه: آدرس کارگاه:
 شرح اعتراض: شماره و تاریخ اعلام بدهی:
 شماره کارگاه:

تاریخ: امضاء کارفرما

خواهشمند است در صورت امکان قسمت زیر را تکمیل فرمائید:

توضیحات	نوع اعتراض
	1 - عدم شمول
	2 - نرخ حق بیمه
	3 - میزان ضریب اعمالی
	4 - معافیت از حق بیمه پنج نفر از بیمه شدگان
	5 - دستمزد بیمه شدگان
	6 - دوره بدهی بیمه شدگان
	7 - تعداد بیمه شدگان
	8 - سایر موارد

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

تاریخ: امضاء شعبه / نمایندگی: