

Ek-1

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI
İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ HİZMETLERİNİN DESTEKLENMESİNE İLİŞKİN BAŞVURU FORMU

A- İŞVERENİN KİMLİK BİLGİLERİ

GERÇEK KİŞİ

TÜZEL KİŞİ

T.C. KİMLİK NO:

VERGİ KİMLİK NO:

ADI:

İŞYERİ ADI/ UNVANI:

SOYADI:

TELEFON:

ÜNİTE KODU

SİCİL NO. MERKEZ İŞYERİ	M	İŞ KOLU KODU		ÜNİTE KODU		İŞYERİ SIRA NUMARASI				İL KODU	İLÇE KODU	KONT. KODU	ALT İŞV.
				ESKİ	YENİ								
	İşyerinin / İlgili Kuruluşun Adı						İşverenin / İşyerinin / İlgili Kuruluşun Adresi						
												
SİCİL NO. İŞYERİ 2	M	İŞ KOLU KODU		ÜNİTE KODU		İŞYERİ SIRA NUMARASI				İL KODU	İLÇE KODU	KONT. KODU	ALT İŞV.
				ESKİ	YENİ								
	İşyerinin / İlgili Kuruluşun Adı						İşverenin / İşyerinin / İlgili Kuruluşun Adresi						
												
SİCİL NO. İŞYERİ 3	M	İŞ KOLU KODU		ÜNİTE KODU		İŞYERİ SIRA NUMARASI				İL KODU	İLÇE KODU	KONT. KODU	ALT İŞV.
				ESKİ	YENİ								
	İşyerinin / İlgili Kuruluşun Adı						İşverenin / İşyerinin / İlgili Kuruluşun Adresi						
												
SİCİL NO. İŞYERİ 4	M	İŞ KOLU KODU		ÜNİTE KODU		İŞYERİ SIRA NUMARASI				İL KODU	İLÇE KODU	KONT. KODU	ALT İŞV.
				ESKİ	YENİ								
	İşyerinin / İlgili Kuruluşun Adı						İşverenin / İşyerinin / İlgili Kuruluşun Adresi						
												
SİCİL NO. İŞYERİ 5	M	İŞ KOLU KODU		ÜNİTE KODU		İŞYERİ SIRA NUMARASI				İL KODU	İLÇE KODU	KONT. KODU	ALT İŞV.
				ESKİ	YENİ								
	İşyerinin / İlgili Kuruluşun Adı						İşverenin / İşyerinin / İlgili Kuruluşun Adresi						
												
SİCİL NO. İŞYERİ 6	M	İŞ KOLU KODU		ÜNİTE KODU		İŞYERİ SIRA NUMARASI				İL KODU	İLÇE KODU	KONT. KODU	ALT İŞV.
				ESKİ	YENİ								
	İşyerinin / İlgili Kuruluşun Adı						İşverenin / İşyerinin / İlgili Kuruluşun Adresi						
												

C-BEYAN VE TAAHHÜTLER

IBAN NUMARASI

TR

İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununun 7 nci maddesi gereği, yapılacak destek ödemelerinden yararlanmak istiyorum. Yukarıda yazılı hususların gerçeğe uygun olduğunu ve olabilecek değişiklikleri derhal kuruma bildireceğimi beyan ederim.

...../...../.....

İMZA

EK: VERGİ LEVHASI FOTOKOPİSİ

Onaylayan Yetkilinin
Adı, Soyadı, İmza, Tarih

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI

..... SOSYAL GÜVENLİK İL MÜDÜRLÜĞÜNE

.....SOSYAL GÜVENLİK MERKEZİNE

..... tarihleri arasında almış olduğum iş sağlığı ve güvenliği hizmetleri bedeli hakkında düzenlemiş olduğum fatura ektedir. Fatura bedelinin, İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununun 7 nci maddesi gereği başvuru formunda belirtilen IBAN numarasına ödenmesini talep ederim.

...../...../.....

Adı-Soyadı

İmza

Ek: Fatura