

تاریخ: / / ۱۳.....

شماره:

باسلام و احترام

بدینوسیله ضمن ارائه درخواست معرفی اینجانب به شماره عضویت و کد ملی به سازمان تأمین اجتماعی، اعلام می نمایم:

- ۱- درخواست معرفی به سازمان تأمین اجتماعی، با آگاهی کامل از مفاد این درخواست و بخشنامه ۶۷۰ تنظیم و تایید گردیده است.
- ۲- تعهد می نمایم هر ۳ ماه نسبت به واریز پیش پرداخت حق بیمه سازمان تأمین اجتماعی خود تا دهم اولین ماه (هر دوره) اقدام نمایم و در صورت عدم واریز حق بیمه، تبعات قانونی آن متوجه شخص خودم خواهد بود و سازمان نظام مهندسی ساختمان استان تهران هیچگونه مسئولیتی در قبال آن ندارد.
- ۳- ارسال درخواست اینجانب به سازمان تأمین اجتماعی از سوی سازمان، با آگاهی و اعتراف به این موضوع است که: صرفاً جهت همکاری سازمان با اینجانب به عنوان عضو و در راستای اجرای بخشنامه ۶۷۰ تأمین اجتماعی معرفی نامه صادر گردیده و هیچگونه رابطه کارگری و کارفرمایی و استخدامی فیما بین اینجانب و سازمان نظام مهندسی ساختمان استان تهران وجود ندارد.
- ۴- دفترچه بیمه تأمین اجتماعی صادره برای اینجانب که در راستای بخشنامه ۶۷۰ صادر گردیده را در صورت عدم واریز سهم سازمان تأمین اجتماعی، به سازمان تأمین اجتماعی تحویل و رسید آن را به سازمان نظام مهندسی ساختمان استان تهران تحویل نمایم و ضرر و زیان دیرکرد و هرگونه خسارت به سازمان نظام مهندسی ساختمان استان تهران و سازمان تأمین اجتماعی را تقبل می نمایم.
- ۵- از مفاد ماده ۹۰ و ماده ۹۱ قانون تأمین اجتماعی مطلع و آن را تعهد می نمایم.
- ۶- از مفاد موافقت نامه ۹۰/۱/۲۴ فی مابین رئیس شورای مرکزی و سازمان تأمین اجتماعی آگاهی پیدا کردم.
- ۷- از مفاد نامه ۹۸۱/۲۰/۵۲۶۰۲ مورخ ۹۸/۳/۵ سرپرست مدیریت روابط کار آگاهی پیدا کردم.
- ۸- از مفادنامه ۸۵۱۰/۹۸/۱۸۶۳۹ مورخ ۹۸/۳/۲۶ مدیرکل تأمین اجتماعی غرب آگاهی پیدا کردم.

محل مهر

محل امضاء

نام و نام خانوادگی:

شماره عضویت:

کد ملی:

شماره تماس:

نشانی:

محل گواهی امضاء در دفتر اسناد رسمی

بسمه تعالی

ریاست محترم سازمان نظام مهندسی ساختمان استان تهران

موضوع: اعلام دستمزد جهت معرفی به سازمان تامین اجتماعی مطابق بخشنامه ۶۷۰ فنی

باسلام و احترام

اینجانب به شماره عضویت و شماره پروانه اشتغال به کار
کد ملی دستمزد درخواستی خود را اعلام می نمایم:

دستمزد درخواستی مبلغ ریال

محل مهر

محل امضاء

نام و نام خانوادگی: کد ملی: شماره شناسنامه:
صادره: نام پدر:
تاریخ تولد: / / سن:
دارای سال سابقه بیمه ، شماره بیمه:
شماره عضویت:
شماره پروانه اشتغال به کار:
شماره تماس همراه:
شماره ثابت: - ۰۲۱
نشانی: