



21.03.2018/50-6

T.C.
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU
YAPILAN İŞİ YERİNE KESİLEN FORMU

A- İŞVEREN / İŞVEREN KİMLİKLERİ

GERÇEK KİŞİ KAMU TUZEL KİŞİLİĞİ ÖZEL TUZEL KİŞİLİK KİŞİLERİ ACE ORTAKLIĞI/ORTAKLIĞI/ŞİRKETİ

1- İŞVERENİN ADI SOYADI / UNVANI

2- TELEFON / FAKS / E-POSTA

İşyeri Telefon Numarası: _____ Cep Telefonu: _____ Faks Numarası: _____ E-posta Adresi: _____

3- SİGORTALI ÇALIŞTIRILMAYA BAĞLANILACAK TARİHİ: _____ 4- ÇALIŞTIRILACAK SİGORTALI SAYISI: _____

5- FAHRETTİN BAĞLANAN ŞİRKETİ:

KAMU TUZEL KİŞİLİK				ÖZEL TUZEL KİŞİLİK															
ÇALIŞTIRILAN	ÖZEL	DİĞER	SİGORTA	ÇALIŞTIRILAN	ÇALIŞTIRILAN	ÇALIŞTIRILAN	ÇALIŞTIRILAN	ÇALIŞTIRILAN	ÇALIŞTIRILAN	ÇALIŞTIRILAN	ÇALIŞTIRILAN	ÇALIŞTIRILAN	ÇALIŞTIRILAN	ÇALIŞTIRILAN	ÇALIŞTIRILAN	ÇALIŞTIRILAN	ÇALIŞTIRILAN	ÇALIŞTIRILAN	ÇALIŞTIRILAN
ŞİRKETİ	ŞİRKETİ	ŞİRKETİ	ŞİRKETİ	ŞİRKETİ	ŞİRKETİ	ŞİRKETİ	ŞİRKETİ	ŞİRKETİ	ŞİRKETİ	ŞİRKETİ	ŞİRKETİ	ŞİRKETİ	ŞİRKETİ	ŞİRKETİ	ŞİRKETİ	ŞİRKETİ	ŞİRKETİ	ŞİRKETİ	ŞİRKETİ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6- TUZEL KİŞİLİĞİN ORTAK SAYISI: _____ 7- ACE ORTAKLIĞI/ORTAKLIĞI İŞVEREN SAYISI: _____

8- TUTMAK ZORUNDA OLDUĞU DEFTER TÜRÜ: KAMU İDARESİ İBLAĞO DİĞER DEFTER DEFTERE TABİ DEĞİL

9- VERGİ KİMLİK NUMARASI: _____

10- İŞVERENİN MERKEZ ADRESİ:

Muhalle: _____ İlçe: _____ İl: _____
Dış Kapı No: _____ İç Kapı No: _____ Ada/Parçesi: _____ Posta Kodu: _____

B- ORTAK BİLGİLERİ

DOLDURULACAK BİLGİLER		1- ORTAK	2- ORTAK
1. T.C. Kimlik Numarası:			
2. Adı Soyadı:			
3. Yerleşim Yeri Adresi:		Posta Kodu: _____	Posta Kodu: _____
4. Şirketteki Ünvanı:			
5. Ortak Vergi Dairesi / Vergi Kimlik Numarası:			
6. Ortakça:	Başlama Tarihi: _____	Başlama Tarihi: _____	
7. Hissse Oranı:			
8. Telefon / Faks:	İş: _____ Ev: _____ Faks: _____	İş: _____ Ev: _____ Faks: _____	

C- YÖNETİCİ BİLGİLERİ / ÜST DÜZEY YÖNETİCİ BİLGİLERİ / KAMU İDARELERİNİN TAHAKKUK VE TEDVİYE İLE GÖREVLİ KAMU GÖREVLİLERİ

DOLDURULACAK BİLGİLER		1- YÖNETİCİ	2- YÖNETİCİ
1. T.C. Kimlik Numarası:			
2. Adı Soyadı:			
3. Yerleşim Yeri Adresi:		Posta Kodu: _____	Posta Kodu: _____
4. Ünvanı / Görevi:			
5. Göreve:	Başlama Tarihi: _____	Başlama Tarihi: _____	
6. Hissse Oranı:			
7. Telefon / Faks:	İş: _____ Ev: _____ Faks: _____	İş: _____ Ev: _____ Faks: _____	

D- MÜHÜRLEME - MÜHÜR ALIŞTIRMA / MÜHÜRLEME YERİNE

1. T.C. Kimlik Numarası:			
2. Adı Soyadı:			
3. Yerleşim Yeri Adresi:		Posta Kodu: _____	Posta Kodu: _____
4. Şirketteki / Kurumdaki Ünvanı:			
5. Vergi Dairesi Adı / Vergi Kimlik Numarası:			
6. Göreve:	Başlama Tarihi: _____	Başlama Tarihi: _____	
7. Oda Kayıt Numarası:			
8. Telefon / Faks:	İş: _____ Ev: _____ Faks: _____	İş: _____ Ev: _____ Faks: _____	

E- "E-SİGORTA KULLANICI" BİLGİLERİ

1. T.C. Kimlik Numarası:			
2. Adı Soyadı:			
3. Yerleşim Yeri Adresi:		Posta Kodu: _____	Posta Kodu: _____
4. Vekâletname Tarih ve Sayısı/Başlama-Bitiş Tarihi:	Tarih: _____ Sayı: _____	Başlama Tarihi: _____	Bitiş Tarihi: _____
5. Telefon / e-Posta:	İş: 0 () _____ / Cep: 0 () _____	e-Posta: _____	

F- İZLENİM VE ONAYLAR

İŞVEREN	İŞVEREN VEKİLİ	e-SİGORTA YETKİLİ VEKİLİNİN KULLANICI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yukarı bilgilerin gerçeğe uygun olduğunu beyan ederim. / .. / ..		e-Sigorta kullanımına ilişkin şahıslara ilgili bilgilerin gerçeğe uygun olduğunu beyan eder, bu bilgiler doğrultusunda e-ŞİRKETE uygulamadan yararlanmak amacıyla tarafıma "KULLANICI KODU" ve "KULLANICI ŞİRKETİ" nin verilmesini arz ederim. / .. / ..
İşverenin veya Vekilinin Adı-Soyadı ve İmzası, MÜHÜR veya Kayıt		İşverence Yetki Verilen Kullanıcının Adı-Soyadı ve İmzası