



T.C.
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU
YAPI RUHSATI BİLDİRİM FORMU

A- İŞVEREN / İŞYERİ BİLGİLERİ

<input type="checkbox"/> GERÇEK KİŞİ	<input type="checkbox"/> KAMU TÜZEL KİŞİLİĞİ	<input type="checkbox"/> ÖZEL HUKUK TÜZEL KİŞİLİĞİ	<input type="checkbox"/> ADI ORTAKLIK/İŞ ORTAKLIĞI/APT.													
1-İŞVERENİN ADI SOYADI / ÜNVANI																
2- TELEFON / FAKS / E-POSTA																
İşyeri Telefon Numarası		Cep Telefonu	Faks Numarası	E-posta Adresi												
3- SİGORTALI ÇALIŞTIRILMAYA BAŞLANILACAK TARİHİ :	/...../.....		4- ÇALIŞTIRILACAK SİGORTALI SAYISI:												
5- FAALİYETTE BULUNULAN SEKTÖR:		KAMU TÜZEL KİŞİLİĞİ		ÖZEL HUKUK TÜZEL KİŞİLİĞİ												
		Genel Bütçe Kapsamındaki Kamu	Özel Bütçeli İdare	Düzenleyici ve Denetleyici Kurum	Sosyal Güvenlik Kurumu	Özel İdare	Belediye	KİT	Diğer	Şirket	Dernek	Vakıf	Sendika	Ap. Yön.	Siyasi Parti	
		<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- TÜZEL KİŞİLİĞİN ORTAK SAYISI:			7- ADI ORTAKLIK/İŞ ORTAKLIĞI İŞVEREN SAYISI:											
8- TUTMAK ZORUNDA OLDUĞU DEFTER TÜRÜ:		<input type="checkbox"/> KAMU İDARESİ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> BİLANÇO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DİĞER DEFTER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DEFTERE TABİ DEĞİL	<input type="checkbox"/>							
9- VERGİ KİMLİK NUMARASI:															
10- İŞYERİNİN MERKEZ ADRESİ		Mahalle :		İlçe:		İl:										
		Diş Kapı No:		İç Kapı No:		Ada/Parsel:		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	Ortağın Vergi Dairesi / Vergisi Kimlik Numarası :						
6	Ortaklığa :	Başlama Tarihi/...../.....	Başlama Tarihi/...../.....		
7	Hisse Oranı :						
8	Telefon / Fax :	İş :	Ev :	Fax :	İş :	Ev :	Fax :

C- YONETİCİ BİLGİLERİ / ÜST DÜZEY YONETİCİ BİLGİLERİ / KAMU İDARELERİNİN TAHAKKUK VE TEDİYE 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	Hisse Oranı :						
7	Telefon / Fax :	İş :	Ev :	Fax :	İş :	Ev :	Fax :

D- MUHASEBECİ - MALİ MUŞAVİR / MUHASEBE YETKİLİSİ

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 / Fax :	İş :	Ev :	Fax :	İş :	Ev :	Fax :

E- "e-SİGORTA KULLANICISI" BİLGİLERİ

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

F- İMZALAR VE ONAYLAR

İŞVEREN	İŞVEREN VEKİLİ	e-SİGORTA YETKİSİ VERİLEN KULLANICI
Yazılı bilgilerin gerçeğe uygun olduğunu beyan ederim./...../.....		e-Sigorta Kullanımına ilişkin şahısla ilgili bilgilerin gerçeğe uygun olduğunu beyan eder, bu bilgiler doğrultusunda e-BİLDİRGE uygulamasından yararlanmak amacıyla tarafıma "KULLANICI KODU" ve "KULLANICI ŞİFRE" nin verilmesini arz ederim./...../.....
İşverenin veya Vekilinin Adı-Soyadı ve İmzası, Mühür veya Kaşesi		İşverence Yetki Verilen Kullanıcının Adı-Soyadı ve İmzası