



سازمان نظام مهندسی ساختمان
استان مرکزی

« فرم بررسی سوابق بیمه و احراز اشتغال تمام وقت »

شماره :
تاریخ :
پیوست :

اینجانبان:

خانم/آقای به شماره ملی و شماره پروانه اشتغال به کار سراسری
به آدرس کد پستی و
تلفن همراه

خانم/آقای به شماره ملی و شماره پروانه اشتغال به کار سراسری
به آدرس کد پستی و
تلفن همراه

خانم/آقای به شماره ملی و شماره پروانه اشتغال به کار سراسری
به آدرس کد پستی و
تلفن همراه

با توجه به مفاد تعهدات محضری تنظیمی در دفترخانه اسناد رسمی شماره به شماره سند مورخ مبنی
بر اشتغال تمام وقت افراد فوق در شرکت و نیز تعهد رسمی مدیرعامل شرکت به شماره مورخ
مبنی بر واریز حق بیمه شاغلان تمام وقت شرکت /آزمایشگاه/مجری حقوقی از طریق کارگاه شرکت، یا سازمان نظام
مهندسی ساختمان و یا بصورت خویش فرما، ضمن حضور در محل سازمان نظام مهندسی ساختمان استان مرکزی در تاریخ
اعلام می داریم محل سکونت شخصی اینجانبان استان مرکزی می باشد و در صورتیکه خلاف تعهدات مذکور عمل نماییم سازمان استان
می تواند علاوه بر جلوگیری از فعالیت حرفه ای شرکت نسبت به معرفی شرکت و شخص حقیقی متخلف به شورای انتظامی استان اقدام
نماید و مراتب جهت لغو یا ابطال پروانه حقیقی و حقوقی به اداره کل راه و شهرسازی اعلام گردد.

نام و نام خانوادگی نام و نام خانوادگی نام و نام خانوادگی

امضاء و اثر انگشت امضاء و اثر انگشت امضاء و اثر انگشت

مدیر اجرایی محترم سازمان نظام مهندسی ساختمان استان مرکزی

با سلام و احترام

لیست سوابق بیمه ای اشخاص فوق الذکر در تاریخ با حضور و احراز هویت ایشان از سامانه تأمین اجتماعی توسط اینجانب
دریافت گردیده است. به پیوست جهت استحضار و ارائه دستور لازم حضورتان ارسال می گردد.

مهر و امضای کارشناس سازمان

واحد محترم صدور پروانه

احتراماً با توجه به بررسی انجام پذیرفته سوابق بیمه ای پیوست و اشتغال تمام وقت نفرات فوق الذکر در حال حاضر مورد تأیید می باشد
مراتب جهت اطلاع و اقدام مقتضی به حضورتان ارسال می گردد.
توضیحات:

مدیر اجرایی