

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		ESKİ		YENİ		İŞYERİ SIRA NUMARASI		İL KODU	İLÇE KODU	KONT. KODU	ALT İŞV.

İşyerinin / İlgili Kuruluşun Adı

İşverenin / İşyerinin / İlgili Kuruluşun Adresi

SİCİL NO. İŞYERİ 2	M	İŞ KOLU KODU		ÜNİTE KODU		ESKİ		YENİ		İŞYERİ SIRA NUMARASI		İL KODU	İLÇE KODU	KONT. KODU	ALT İŞV.

İşyerinin / İlgili Kuruluşun Adı

İşverenin / İşyerinin / İlgili Kuruluşun Adresi

SİCİL NO. İŞYERİ 3	M	İŞ KOLU KODU		ÜNİTE KODU		ESKİ		YENİ		İŞYERİ SIRA NUMARASI		İL KODU	İLÇE KODU	KONT. KODU	ALT İŞV.

İşyerinin / İlgili Kuruluşun Adı

İşverenin / İşyerinin / İlgili Kuruluşun Adresi

SİCİL NO. İŞYERİ 4	M	İŞ KOLU KODU		ÜNİTE KODU		ESKİ		YENİ		İŞYERİ SIRA NUMARASI		İL KODU	İLÇE KODU	KONT. KODU	ALT İŞV.

İşyerinin / İlgili Kuruluşun Adı

İşverenin / İşyerinin / İlgili Kuruluşun Adresi

SİCİL NO. İŞYERİ 5	M	İŞ KOLU KODU		ÜNİTE KODU		ESKİ		YENİ		İŞYERİ SIRA NUMARASI		İL KODU	İLÇE KODU	KONT. KODU	ALT İŞV.

İşyerinin / İlgili Kuruluşun Adı

İşverenin / İşyerinin / İlgili Kuruluşun Adresi

SİCİL NO. İŞYERİ 6	M	İŞ KOLU KODU		ÜNİTE KODU		ESKİ		YENİ		İŞYERİ SIRA NUMARASI		İL KODU	İLÇE KODU	KONT. KODU	ALT İŞV.

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