

طلب شمول منشأة لأحكام قانون الضمان الاجتماعي (مبادر)

فرع:

نحن شركة / مؤسسة: نرغب بشمولنا بأحكام قانون الضمان الاجتماعي

علماً بأن عدد العاملين لدينا هو: عامل كما هو في تاريخ:

اسم المالك: الاسم التجاري:

رقم السجل التجاري: تاريخ السجل التجاري:

الرقم الوطني للمنشأة:

عنوان إدارة المنشأة

المدينة: الحي: الشارع:

رقم البناية: ص.ب: الرمز البريدي:

هاتف ارضي: فاكس: هاتف خلوي:

رقم اشتراك المنشأة: بريد الكتروني: موقع الكتروني:

أسماء الشركاء:

1.

2.

3.

4.

5.

6.

أسماء المفوضين بالتوقيع:

1.

2.

أقر أنا الموقع أدناه بما يلي:

1. بأن المعلومات أعلاه صحيحة وكاملة مع المرفقات وأتحمل مسؤولية أي نقص أو خطأ في فيها، وللمؤسسة الحق بإلغاء قرار شمولنا بأحكام قانون الضمان الاجتماعي أو إجراء التعديلات اللازمة إذا تبين عكس ذلك بعد تفتيش المؤسسة.
2. أنه لم يتعرض أي من العاملين لدينا المذكورين بالكشف المرفق لأي إصابة عمل لغاية تاريخه باستثناء المذكورين تالياً:

1.

2.

3.

4.

5.

6.

اسم المفوض بالتوقيع التوقيع الختم التاريخ

لاستعمال المؤسسة:

رقم قرار الشمول: تاريخ قرار الشمول:

وتعتبر مشمولة بأحكام القانون اعتباراً من تاريخ:

اسم الموظف: توقيع: التاريخ:

اسم رئيس القلم: توقيع: التاريخ:

