



سازمان تامین اجتماعی
اداره کل تهران بزرگ

باسمه تعالی

فرم اعتراض به میزان بیمه
و درخواست بازنگری محاسبات
(خلاصه اعتراض)

تاریخ:

شماره:

پیوست:

توجه: ارائه کارت شناسایی معتبر و ارائه معرفی نامه برای نماینده کارفرما در هیئت الزامی است.

الف) این قسمت توسط کارفرما تکمیل می گردد.

نام و نام خانوادگی: معاونت پژوهشی دانشگاه تهران

فعالیت کارگاه: تحقیقاتی - پژوهشی

آدرس کارگاه: دانشگاه تهران

شماره تلفن:

شرح اعتراض:

شماره کارگاه: - ۰۰۱۸۲۱۰۲۳۷

شماره و تاریخ بدهی: مورخ

با تشکر

دکتر رحمت ستوده قره باغ

مدیرکل پژوهش های کاربردی دانشگاه تهران

تاریخ رسیدگی در هیات بدوی: روز: ماه: سال: ساعت:

امضاء کارفرما:

محل تشکیل جلسه رسیدگی: شعبه یک سازمان تامین اجتماعی تهران

نام و نام خانوادگی کارفرما:

امضاء شعبه:

تاریخ: