



**D- ÇALIŞMAYA BAŞLANILAN İŞYERİNİN**

<b>17. İşverenin Adı-Soyadı / Ünvanı</b>		<b>18. İŞYERİ SİCİL NO</b>							
		<b>M</b>	<b>İŞ KOLU KODU</b>	<b>ÜNİTE KODU</b>		<b>İŞYERİ SIRA NUMARASI</b>	<b>İL KODU</b>	<b>İLÇE KODU</b>	<b>KÖY NO</b>
				<b>YENİ</b>	<b>ESKİ</b>				
<b>19. İşyerinin Adresi</b>		.....							
		..... Semt : ..... İlçe: ..... Şehir : ..... Posta Kodu							
<b>20. Beyan ve Taahhüt</b>									
		..... SİGORTA MÜDÜRLÜĞÜNE							
		Yukarıdaki ünvanı, adresi ve İşyeri Sicil Numarasını belirttiğim işyerinde ..... / ..... / ..... tarihinden itibaren çalışmaya başladığımı ve bu bildirgedeki bilgilerin gerçeğe uygun olduğunu beyan ederim.							
		Tarih : ..... / ..... / .....							
		Bildirimde Bulunan Sigorta Adı-Soyadı ve İmza							

**NOT** : Bu Bildirgeye, Nüfus Cüzdan Fotokopinizi Ekleyiniz.