



سازمان تامین اجتماعی

شماره :

تاریخ :

فرم استفاده از خدمات غیر حضوری

ریاست محترم شعبه :

احتراماً ما، اینجانب آقای/ خانم..... فرزند به شماره شناسنامه/ شماره گذرنامه و شماره ملی/ شماره اختصاصی اتباع خارجی..... متولد/...../..... ۱۳..... بیمه شده/ مستمری بگیر/ کارفرما به شماره بیمه/ مسـ..... تـ..... ری..... به نشانی..... به آدرس الکترونیکی (email)..... و به شماره تلفن همراه (که پیامکهای سازمان به آن ارسال خواهد شد) متقاضی بهره مندی از خدمات غیر حضوری می باشم لذا خواهشمند است دستور فرمائید نسبت به موارد ذیل اقدام لازم معمول نمایند ضمناً بدینوسیله متعهد می گردم در حفظ و نگهداری رمز خود دقت نموده و مسئولیت افشای رمز و هرگونه سوء استفاده از آن به عهده اینجانب می باشد.

☐ تغییر رمز (گذرواژه)

☐ فعالسازی

☐ ایجاد حساب کاربری

☐ تغییر سایر اطلاعات حساب کاربری

☐ تغییر email

☐ تغییر شماره تلفن همراه

امضاء و اثر انگشت متقاضی

تاریخ

(امضا و اثر انگشت الزامی است)

این قسمت توسط شعبه تکمیل می گردد

مندرجات فوق با مدارک شناسائی و هویتی متقاضی مطابقت داده شد و موارد درخواستی در تاریخ در حساب کاربری اعمال گردید.

نام و نام خانوادگی اقدام کننده :

امضاء:

ماده ۹۷ قانون تامین اجتماعی

هرکس به استناد اسناد و گواهیهای خلاف واقع یا با توسل به عناوین و وسایل تقلبی از مزایای مقرر در این قانون به نفع خود استفاده نماید یا موجبات استفاده افراد خانواده خود یا شخص ثالث را از مزایای مذکور فراهم سازد به پرداخت جزای نقدی معادل دو برابر خسارات وارده به سازمان و در صورت تکرار به حبس جنجهای از ۶۱ روز تا شش ماه محکوم خواهد شد.