

تاریخ :

گواهی عدم اشتغال و بیمه پردازی وراث اناث مشترک صندوق بازنشستگی کشوری

اداره محترم تأمین اجتماعی شهرستان

با سلام و احترام ؛ خواهشمند است ، دستور فرمایند ؛ عدم اشتغال و بیمه پردازی را گواهی فرمایند :

شماره شناسنامه :

نام پدر :

نام و نام خانوادگی :

شماره ملی :

شماره سریال و سری شناسنامه :

محل صدور :

تاریخ صدور :

محل تولد :

تاریخ تولد :

مهر و امضای مدیریت بازنشستگی استان

صندوق بازنشستگی کشوری استان

با سلام و احترام ؛ با بررسی انجام شده وضعیت اشتغال و بیمه پردازی نام برده اعلام می گردد :

(۱) با بررسی سامانه تأمین اجتماعی هیچ گونه سابقه ای از نام برده در سیستم ثبت نشده است . () ./

(۲) از تاریخ تا تاریخ بیمه پرداز بوده ولی اکنون بیمه پرداز نمی باشد () ./

(۳) نام برده با شماره بیمه ی از تاریخ دارای سابقه بیمه است . () ./

مهر و امضای اداره تأمین اجتماعی شهرستان

دفتر کل :