



T.C.
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU
YAPI RUHSATI BİLDİRİM FORMU

A- İŞVEREN / İŞYERİ BİLGİLERİ																		
GERÇEK KİŞİ ☐		KAMU TÜZEL KİŞİLİĞİ ☐		ÖZEL HUKUK TÜZEL KİŞİLİĞİ ☐		ADI ORTAKLIK/İŞ ORTAKLIĞI/APT. ☐												
1-İŞVERENİN ADI SOYADI / ÜNVANI																		
2- TELEFON / FAKS / E-POSTA				İşyeri Telefon Numarası		Cep Telefonu	Faks Numarası	E-posta Adresi										
3- SİGORTALI ÇALIŞTIRILMAYA BAŞLANILACAK TARİHİ :				/...../.....		4- ÇALIŞTIRILACAK SİGORTALI SAYISI:												
5- FAALİYETTE BULUNULAN SEKTÖR:				KAMU TÜZEL KİŞİLİĞİ				ÖZEL HUKUK TÜZEL KİŞİLİĞİ										
				Genel Bütçe Kapsamındaki Kamu	Özel Bütçeli İdare	Düzenleyici ve Denetleyici Kurum	Sosyal Güvenlik Kurumu	Özel İdare	Belediye	KİT	Diğer	Sirket	Dernek	Vakıf	Sendika	Ap. Yön.	Siyasi Parti	
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6- TÜZEL KİŞİLİĞİN ORTAK SAYISI:						7- ADI ORTAKLIK/İŞ ORTAKLIĞI İŞVEREN SAYISI:												
8- TUTMAK ZORUNDA OLDUĞU DEFTER TÜRÜ:				KAMU İDARESİ ☐		BİLANÇO ☐	DİĞER DEFTER ☐		DEFTERE TABİ DEĞİL ☐									
				9- VERGİ KİMLİK NUMARASI:														
10- İŞYERİNİN MERKEZ ADRESİ				Mahalle :						İlçe:.....		İl:.....						
				Dış Kapı No:.....		İç Kapı No:.....		Ada/Parsel:.....		Posta Kodu:.....								
B- ORTAK BİLGİLERİ																		
DOLDURULACAK BİLGİLER				1. ORTAK			2. ORTAK											
1	T.C. Kimlik Numarası :																	
2	Adı Soyadı:																	
3	Yerleşim Yeri Adresi			Posta Kodu :			Posta Kodu :											
4	Şirketteki Ünvanı																	
5	Ortağın Vergi Dairesi / Vergisi Kimlik Numarası :																	
6	Ortaklığa :			Başlama Tarihi/...../.....			Başlama Tarihi/...../.....											
7	Hisse Oranı :																	
8	Telefon / Fax :			İş: Ev: Fax :			İş: Ev: Fax :											
C- YÖNETİCİ BİLGİLERİ / ÜST DÜZEY YÖNETİCİ BİLGİLERİ / KAMU İDARELERİNİN TAHAKKUK VE TEDİYE İLE GÖREVLİ KAMU GÖREVLİLERİ																		
DOLDURULACAK BİLGİLER				1. YÖNETİCİ			2. YÖNETİCİ											
1	T.C. Kimlik Numarası :																	
2	Adı Soyadı:																	
3	Yerleşim Yeri Adresi :			Posta Kodu :			Posta Kodu :											
4	Ünvanı / Görevi :																	
5	Göreve :			Başlama Tarihi/...../.....			Başlama Tarihi/...../.....											
6	Hisse Oranı :																	
7	Telefon / Fax :			İş : Ev : Fax :			İş : Ev : Fax :											
D- MUHASEBECİ - MALİ MUŞAVİR / MUHASEBE YETKİLİSİ																		
1	T.C. Kimlik Numarası :																	
2	Adı Soyadı:																	
3	Yerleşim Yeri Adresi :			Posta Kodu :			Posta Kodu :											
4	Şirketteki / Kurumdaki Ünvanı :																	
5	Vergi Dairesi Adı / Vergi Kimlik Numarası :																	
6	Göreve :			Başlama Tarihi/...../.....			Başlama Tarihi/...../.....											
7	Oda Kayıt Numarası :																	
8	Telefon / Fax :			İş : Ev : Fax :			İş : Ev : Fax :											
E- "e-SİGORTA KULLANICISI" BİLGİLERİ																		
1	T.C. Kimlik Numarası :																	
2	Adı Soyadı:																	
3	Yazışma Yeri Adresi :			Posta Kodu :														
4	Vekaletname Tarih ve Sayısı/Başlama-Bitiş Tarihi			Tarih/...../.....	Sayı/...../.....	Başlama Tarihi/...../.....	Bitiş Tarihi/...../.....											
5	Telefon / e-Posta :			İş: 0 () / Cep: 0 () / e-Posta:.....@.....														
F- İMZALAR VE ONAYLAR																		
İŞVEREN ☐ İŞVEREN VEKİLİ ☐					e-SİGORTA YETKİSİ VERİLEN KULLANICI													
Yazılı bilgilerin gerçeğe uygun olduğunu beyan ederim./...../.....					e-Sigorta Kullanımına ilişkin şahısla ilgili bilgilerin gerçeğe uygun olduğunu beyan eder, bu bilgiler doğrultusunda e-BİLDİRGE uygulamasından yararlanmak amacıyla tarafıma "KULLANICI KODU" ve "KULLANICI ŞİFRESİ" nin verilmesini arz ederim./...../.....													
İşverenin veya Vekilinin Adı-Soyadı ve İmzası, Mühür veya Kaşesi					İşverence Yetki Verilen Kullanıcının Adı-Soyadı ve İmzası													