

İŞLETME BİLGİ FORMU

İŞYERİNİN ADI VE ÜNVANI :

Merkez Şube

Çalışan Personel Sayısı (Stajyerler Hariç) :

(Çalışan Personel Sayısı 20'den az ise son ayın Sigortalı Hizmet Listesinin bir nüshasını teslim ediniz.)

YASAL DURUMU

Kamu Özel

SGK Sicil Numarası :

Vergi No/T.C.Kimlik No :

İşyeri Banka IBAN No : TR.....

İşyeri Adresi :

.....

Telefon : E-Posta :

İŞLETME PERSONEL BİLGİLERİ

T.C.KİMLİK NO	ADI-SOYADI	PERSONEL UNVANI	TELEFON
		<input type="checkbox"/> İş Güvenliği Uzmanı <input type="checkbox"/> Eğitim Sorumlusu <input type="checkbox"/> Usta Öğretici/Eğitici Personel	

İŞLETMEDE MESLEK EĞİTİMİ GÖREN ÖĞRENCİ/ÖĞRENCİLERİN

T.C.KİMLİK NO	ADI-SOYADI	SINIFI-ALANI	NUMARASI
1-
2-
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-

Okudum, bilgi edindim. Yukarıdaki bilgilerin doğruluğunu beyan ederim. Bilgilerde herhangi bir eksiklik olması durumunda ödeneğin tarafımıza yatırılmayacağını biliyor ve kabul ediyorum.



Bu katkıdan faydalanmak istiyorum. / /

Yetkili Kişinin Adı-Soyadı :
İmza :
Kaşe-Mühür :



Bu katkıdan faydalanmak istemiyorum. / /

Yetkili Kişinin Adı-Soyadı :
İmza :
Kaşe-Mühür :