**Đơn vị:..........**

Số:.....................

#  -------------

**Mẫu số: D01b-TS**

*(Ban hành kèm theo QĐ số: 1111/QĐ-BHXH*

*Ngày 25/10/2011 của BHXH Việt Nam)*

**CỘNGHÒAXÃHỘICHỦNGHĨAVIỆTNAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

*................, ngày ..... tháng ..... năm ...........*

Kính gửi: Bảo hiểm xã hội.............................................

* Tên đơn vị:.........................................................................................................
* Mã số quản lý:....................................................................................................
* Địa chỉ:...............................................................................................................

**Nội dung:**

...............................................................................................................................

...............................................................................................................................

...............................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................................

**Lý do:**

...............................................................................................................................

...............................................................................................................................

...............................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................................

**Hồ sơ gửi kèm:**

...............................................................................................................................

...............................................................................................................................

...............................................................................................................................

...............................................................................................................................

...............................................................................................................................

Đề nghị cơ quan bảo hiểm xã hội xem xét, giải quyết theo quy định.

# Thủ trưởng đơn vị

*(ký, đóng dấu và ghi rõ họ tên)*

Tên đơn vị:...........................

Mã số:...................................

**DANH SÁCH ĐỀ NGHỊ**

*(Kèm theo công văn số:.................... ngày......................)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Họ và tên** | **Mã số** | **Nội dung đề nghị** | **Cũ** | **Mới** | **Căn cứ điều chỉnh** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |