**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc
---------------**

*…………,ngày ... tháng ... năm ……….*

**TỜ KHAI**

**Đăng ký sử dụng dịch vụ I-VAN**

**Kính gửi:** Bảo hiểm xã hội Việt Nam

Tên người sử dụng lao động (đơn vị sử dụng lao động): ..................................................

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

Mã số bảo hiểm xã hội:.......................................................................................................

Địa chỉ liên hệ: ...................................................................................................................

Qua xem xét và nhận thấy chúng tôi có đủ các điều kiện sử dụng dịch vụ I-VAN, chúng tôi đăng ký với cơ quan Bảo hiểm xã hội được sử dụng dịch vụ I-VAN, cụ thể như sau:

1. Thông tin về người sử dụng lao động (đơn vị sử dụng lao động):

- Số chứng thư số ..............................................................................................................

- Tên tổ chức chứng thực chữ ký số: ................................................................................

- Thời hạn sử dụng chứng thư số: từ ngày ..../……../…..... đến ngày ………/……./………

- Địa chỉ thư điện tử:...........................................................................................................

- Điện thoại:.........................................................................................................................

- Sử dụng dịch vụ I-VAN để thực hiện thủ tục *(ghi tên các thủ tục)*:

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

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

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

2. Thông tin về Tổ chức I-VAN:

- Tên tổ chức: *(ghi rõ tên đầy đủ tổ chức)*...........................................................................

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

Chúng tôi cam kết hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về tính chính xác, trung thực của nội dung nêu trên và thực hiện theo đúng quy định của pháp luật về giao dịch điện tử trong lĩnh vực Bảo hiểm xã hội./.

|  |  |
| --- | --- |
| **CHỨ KÝ SỐ CỦA TỔ CHỨC CUNG CẤP DỊCH VỤ I-VAN** | **CHỮ KÝ SỐ CỦA NGƯỜI SỬ DỤNG LAO ĐỘNG** |