

Pendaftaran Baru Perubahan Data

BAGIAN I: IDENTITAS BADAN USAHA/ASOSIASI

Nama Badan Usaha/Asosiasi:*

Alamat :*

Kode Pos* Kabupaten/Kota*

Provinsi*

No. Telepon:*

No. Fax:*

Alamat email:

Alamat Website:

Kepemilikan:*

Swasta Nasional BUMN Joint Venture Koperasi Lain-lain, sebutkan

Swasta Asing BUMD Perseorangan Yayasan

Bentuk Badan Hukum:*

PT, NV, Persero Perum PD Yayasan Koperasi

CV, FA, UD Perjan, PN Konsultan Sekolah, Perguruan Tinggi, Kursus Lain-lain, sebutkan

Nomor Ijin Usaha:*

Jenis Usaha Utama:*

(sesuai yang tercantum dalam siup)

NPWP Badan Usaha/Asosiasi:*

Status Badan Usaha/Asosiasi:*

(Pilih salah satu)

Pusat Daerah Cabang Anak Perusahaan Cabang Anak Perusahaan

Jumlah Omset per tahun:*

Rp. Jumlah Aset Rp.

KOLOM BPJS Ketenagakerjaan

Kode Badan Hukum:

Kode Usaha:

Kode ILO:

Skala Usaha :

Besar Menengah

Kecil Mikro

BAGIAN II: DATA KANTOR PUSAT (diisi bila Badan Usaha/Asosiasi berstatus cabang)

Nomor Pendaftaran Perusahaan (NPP):

Nama Badan Usaha/Asosiasi:

Alamat:

Kode Pos* Kabupaten/Kota*

Provinsi*

No. Telepon:

BAGIAN III: DATA PEMILIK

Nama	NIK (Nomor Induk Kependudukan) / KTP-eL	Alamat Domisili	N P W P	No Telp	HP
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

BAGIAN IV: DATA NAMA YANG DAPAT DIHUBUNGI

Nama Lengkap:*

Jabatan:*

No. Telepon:*

Ext :

No. HP:

No. Fax:

Alamat email:

BAGIAN V: KEPESERTAAN PROGRAM

Program yang diikuti:*

Jaminan Kecelakaan Kerja
Jaminan Hari Tua
Jaminan Kematian
Jaminan Pensiun

Jaminan Kecelakaan Kerja
Jaminan Hari Tua
Jaminan Kematian

Jaminan Kecelakaan Kerja
Jaminan Kematian

Menjadi peserta sejak:*

bulan tahun

Jumlah seluruh Tenaga Kerja:*

Orang

Total upah sebulan (Rp):*

Rp.

Pendaftaran ini dibuat berdasarkan data yang sebenarnya, serta selanjutnya dibuat untuk memenuhi kewajiban sebagaimana ditentukan dalam Undang-Undang No.24 tahun 2011 dan peraturan pelaksanaannya

* Wajib diisi

20__

(Nama dan Tanda Tangan Pimpinan/Kepala)
Jabatan :

Keterangan

- Formulir 1 BPJS Ketenagakerjaan wajib diisi dan diserahkan kepada BPJS Ketenagakerjaan paling lambat 30 (tiga puluh) hari sejak diterimanya formulir ini, dengan dilampiri:
- 1. Formulir 1a PU BPJS Ketenagakerjaan Pendaftaran / Perubahan Data Tenaga Kerja
- 2. Formulir 2 PU BPJS Ketenagakerjaan Rekapitulasi Rincian Pembayaran Iuran
- 3. Formulir 2a PU BPJS Ketenagakerjaan Rincian iuran Tenaga Kerja
- 4. Fotocopy SIUP

Diterima oleh *:
tgl *:

Diperiksa oleh:
tgl:

Diproses oleh:
tgl: