

Nomor Kerjasama*) : _____

Kode Mitra : _____

Tanggal Mulai Kerjasama *) : _____

Tanggal Berakhir kerjasama*) : _____

Nama Mitra * : _____

Tipe Mitra * Komunitas Agen Askesos / Bansos
 Paguyuban Lainnya, sebutkan...

Alamat Mitra * : _____

 kode pos kabupaten / kota

 Provinsi

Nama Penanggung Jawab Mitra * : _____

No. Induk Kependudukan * : _____

Tempat/ Tanggal Lahir * : _____ / _____ / _____
 tgl bln thn

Alamat Lengkap * (sesuai identitas diri) : _____

 kode pos kabupaten / kota

 Provinsi

No. Telp/ HP * : Telp _____ - _____
 HP _____ - _____

Menjadi mitra sejak : _____ / _____ / _____
 tgl bln thn

Jumlah Anggota/ Pekerja : _____

<p>Tanda Tangan Penanggung Jawab Mitra</p> <p>_____</p> <p>tgl bln thn</p>	<p>Diterima Oleh Petugas BPJS Ketenagakerjaan</p> <p>_____</p> <p>tgl bln thn</p> <p style="text-align: center;">Tanda Tangan/ Cap</p>
--	--

Keterangan :

1. Seluruh informasi wajib diisi secara lengkap
2. Penanggung jawab Mitra wajib melampirkan dasar hukum/ dokumen yang menunjukkan keterangan bahwa yang bersangkutan ditunjuk sebagai penanggung jawab Mitra oleh anggotanya

* wajib diisi

*) diisi jika Mitra sebelumnya pernah terdaftar atau menjadi Mitra di BPJS Ketenagakerjaan