


ویرایش: صفر	فرم "گزارش نظارت دوره ای موسسات خیریه وعام المنفعه"	 وزارت امور خیریه و تامین اجتماعی
پیوست شماره (۳) صفحه ۱ از ۱۰	موضوع بند "ط" و تبصره (۱) ماده ۱۳۹ قانون مالیاتهای مستقیم F10-30-004	
تاریخ:	شماره:	تاریخ مراجعه: <input type="checkbox"/> چهارم <input type="checkbox"/> سوم <input type="checkbox"/> دوم <input type="checkbox"/> اول سه ماهه:
اداره کل امور مالیاتی	اداره امور مالیاتی شماره	گروه مالیاتی شماره
نشانی	تلفن	شماره پستی
الف: مشخصات هویتی مودی		
نام موسسه	شماره ثبت	تاریخ ثبت
محل ثبت	محل ثبت	
شماره اقتصادی		
شناسه ملی		
ب: مشخصات فعالیت		
موضوع اصلی فعالیت	مرجع صدور مجوز	شماره مجوز
محل صدور مجوز	تاریخ صدور مجوز	تعداد کارکنان
تعداد شعب	دارایی موسسه	محدوده جغرافیایی فعالیت
ج: مشخصات محل		
نشانی اقامتگاه قانونی: استان	شهر	محل/بخش
خیابان اصلی	آخرین معبر	پلاک
خیابان فرعی	طبقه	واحد
غرفه/اتاق	شماره پستی	
تلفن		
نشانی محل فعالیت: استان		
شهر	محل/بخش	خیابان اصلی
آخرین معبر	پلاک	طبقه
خیابان فرعی	واحد	غرفه/اتاق
شماره پستی		
تلفن		
نشانی شعب:		
۱-		
۲-		
۳-		