

TÊN CƠ QUAN CHỦ QUẢN
(NẾU CÓ)
TÊN CƠ QUAN RA QUYẾT
ĐỊNH

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

Số:/QĐ-BHXH

....., ngày... tháng... năm.....

QUYẾT ĐỊNH

Về việc gia hạn thời gian kiểm tra.....¹

CHỨC DANH NGƯỜI RA QUYẾT ĐỊNH

Căn cứ Luật Thanh tra số 56/2010/QH12 ngày 15/11/2010;

Căn cứ.....²;

Căn cứ³;

Căn cứ Quyết định số.....ngày .../.../.....của ...⁴ về⁵;

Xét đề nghị của.....⁶;

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Gia hạn thời gian kiểm tra của Đoàn kiểm tra theo Quyết định số

..... ngày .../.../.....của.....⁴ về.....⁵

Thời gian gia hạn là.....ngày làm việc kể từ ngày .../.../.....

Điều 2. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký. Đoàn kiểm tra và⁷ có trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

**CHỨC DANH NGƯỜI KÝ QUYẾT
ĐỊNH**

Nơi nhận:

- Như Điều 2;
-;
- Lưu: VT, ...

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

¹ Tên cuộc kiểm tra.

² Văn bản làm căn cứ cho việc ban hành Quyết định (VD: Luật BHXH, Luật BHYT, Luật Việc làm, Các văn bản hướng dẫn, Quyết định ban hành quy định công tác thanh tra chuyên ngành, kiểm tra của BHXH Việt Nam...).

³ Văn bản quy định về chức năng, nhiệm vụ của cơ quan ban hành Quyết định kiểm tra.

⁴ Chức danh người ra quyết định kiểm tra.

⁵ Tên cuộc kiểm tra.

⁶ Thủ trưởng cơ quan, đơn vị có chức năng tham mưu, đề xuất kiểm tra hoặc Trưởng đoàn.

⁷ Thủ trưởng cơ quan, đơn vị có liên quan đến việc tổ chức, thực hiện cuộc kiểm tra và Thủ trưởng cơ quan, đơn vị hoặc cá nhân là đối tượng của cuộc kiểm tra.