

ماده ۲۳۸- در مواردی که برگ تشخیص مالیات صادر و به مودی ابلاغ می شود، چنانچه مودی نسبت به آن معترض باشد می تواند ظرف سی روز از تاریخ ابلاغ شخصاً یا به وسیله وکیل تام‌الاختیار خود به اداره امور مالیاتی مراجعه و با ارائه دلایل و اسناد و مدارک کتباً تقاضای رسیدگی مجدد نماید. مسئول مربوط موظف است پس از ثبت درخواست مودی در دفتر مربوط و ظرف مهلتی که بیش از سی روز از تاریخ مراجعه نباشد به موضوع رسیدگی و در صورتی که دلایل و اسناد و مدارک ابراز شده را برای رد مندرجات برگ تشخیص کافی دانست، آن را رد و مراتب را ظهر برگ تشخیص درج و امضا نماید و در صورتی که دلایل و اسناد و مدارک ابرازی را موثر در تعدیل درآمد تشخیص دهد و نظر او مورد قبول مودی قرار گیرد، مراتب ظهر برگ تشخیص منعکس و به امضای مسئول مربوط و مودی خواهد رسید و هرگاه دلایل و اسناد و مدارک ابرازی مودی را برای رد برگ تشخیص یا تعدیل درآمد موثر تشخیص ندهد باید مراتب را مستنداً در ظهر برگ تشخیص منعکس و پرونده امر را برای رسیدگی به هیات حل اختلاف ارجاع نماید.

ماده ۲۳۹- در صورتی که مودی ظرف سی روز از تاریخ ابلاغ برگ تشخیص مالیات قبولی خود را نسبت به آن کتباً اعلام کند یا مالیات مورد مطالبه را به ماخذ برگ تشخیص پرداخت یا ترتیب پرداخت آن را بدهد یا اختلاف موجود بین خود و اداره امور مالیاتی را بشرح ماده ۲۳۸ این قانون رفع نماید پرونده امر از لحاظ میزان درآمد مشمول مالیات مختومه تلقی می گردد و در مواردی که مودی ظرف سی روز کتباً اعتراض ننماید و یا در مهلت مقرر در ماده مذکور به اداره امور مالیاتی مربوط مراجعه نکنند درآمد تعیین شده در برگ تشخیص مالیات قطعی است. تبصره- در مواردی که برگ تشخیص مالیات طبق مقررات تبصره ماده (۲۰۳) و ماده (۲۰۸) این قانون ابلاغ شده باشد و مودی به شرح مقررات این ماده اقدام نکرده باشد در حکم معترض به برگ تشخیص مالیات شناخته می شود. در این صورت و همچنین در مواردی که مودی ظرف مهلت سی روز از تاریخ ابلاغ کتباً به برگ تشخیص اعتراض کند پرونده امر برای رسیدگی به هیات حل اختلاف مالیاتی ارجاع می گردد.

نظر مسئول مربوط	سمت
خانم/ آقای/ شرکت	مودی مالیاتی/ وکیل مودی در تاریخ
مدارک ارائه شده ضمیمه و اظهارات مشارالیه بشرح زیر:	به اینجانب مراجعه و یا ملاحظه

پرونده متشکله بررسی و بشرح زیر اظهار نظر می شود

نام و نام خانوادگی مسئول مربوط امضاء

نظر مسئول مربوط بشرح فوق مورد قبول اینجانب است.

نام و نام خانوادگی مودی مالیاتی/ وکیل مودی امضاء

هیأت حل اختلاف مالیاتی

ظرف ۳۰ روز از تاریخ ابلاغ برگ تشخیص ضمن مراجعه و تسلیم اعتراض کتبی اختلاف خود را با اداره امور مالیاتی حل ننموده است

طبق تبصره ماده ۲۳۹ قانون مالیاتهای مستقیم معترض به برگ تشخیص شناخته شده است.

مسئول مربوط
نام و نام خانوادگی
امضاء

لذا عین پرونده امر برای رسیدگی ارسال می گردد.

اداره کل امور مالیاتی		اداره امور مالیاتی		واحد مالیاتی		شماره پرونده	
نشانی:		نام پدر:		شماره شناسنامه		تلفن:	
نام، نام خانوادگی شخص حقیقی:		نام پدر:		شماره شناسنامه		شماره ملی	
نام شخص حقوقی:				تاریخ صدور / ثبت		محل صدور / ثبت	
نشانی:		شماره شناسایی:		تلفن:		شماره پستی:	
بر اساس گزارش شماره		مورخ		اداره امور مالیاتی			
مالیات حقوق و جرایم متعلقه از تاریخ		لغایت		به دلیل		عدم پرداخت مالیات در موعد مقرر	
به شرح زیر تعیین می گردد.				پرداخت مالیات کمتر از میزان واقعی			
شرح		مبلغ (به ریال)					
ماخذ محاسبه مالیات							
مالیات متعلق							
کسر میشود مالیات پرداخت شده							
مانده اصل مالیات							
جریمه موضوع ماده ۱۹۷ قانون مالیاتهای مستقیم مصوب اسفند ۶۶							
جریمه موضوع ماده ۱۹۹ قانون مالیاتهای مستقیم مصوب اسفند ۶۶							
جمع کل بدهی							
به حروف							
کارشناس ارشد مالیاتی		رئیس گروه مالیاتی / مامور رسیدگی کننده					
نام و نام خانوادگی		نام و نام خانوادگی:		مهر و امضاء			
اینجانب: نام		نام خانوادگی		در تاریخ		این برگ را رویت نمودم.	
اینجانب: نام		نام خانوادگی		که نسبت به مودی سمت		امضاء	
		این برگ را رویت نموده و تعهد می نمایم که به مودی برسانم.		امضاء		را دارم در تاریخ	
اینجانب: نام		نام خانوادگی		تایید می نمایم که این برگ را در تاریخ		در محل	
سکونت <input type="checkbox"/> محل کار <input type="checkbox"/>		مودی به نشانی مندرج در این برگ ابلاغ و امضاء نام		نام خانوادگی		را گواهی می نمایم.	
به علت (عدم حضور <input type="checkbox"/> استنکاف <input type="checkbox"/>) مودی <input type="checkbox"/>		بستگان و مستخدمین مودی <input type="checkbox"/>		این برگ در تاریخ		به درب محل	
سکونت <input type="checkbox"/> محل کار <input type="checkbox"/>		مودی به نشانی مندرج در این برگ الصاق گردید.		امضاء			
اینجانب: نام		نام خانوادگی		تایید می نمایم که این برگ را در تاریخ		در محل	
سکونت <input type="checkbox"/> محل کار <input type="checkbox"/>		مودی به نشانی مندرج در این برگ ابلاغ و امضاء نام		نام خانوادگی		را گواهی می نمایم.	
به علت (عدم حضور مودی یا بستگان و مستخدمین وی) این برگ در تاریخ		نشانی مندرج در این برگ الصاق و پانزده روز پس از این تاریخ که برابر است با		به درب محل سکونت <input type="checkbox"/> محل کار <input type="checkbox"/>		مودی به	
به علت (عدم حضور <input type="checkbox"/> استنکاف <input type="checkbox"/>) مودی <input type="checkbox"/>		بستگان و مستخدمین مودی <input type="checkbox"/>		این برگ در تاریخ		مجدداً مراجعه خواهد شد.	
سکونت <input type="checkbox"/> محل کار <input type="checkbox"/>		مودی به نشانی مندرج در این برگ الصاق گردید.		امضاء		به درب محل	

برگ تشخیص مالیات حقوق

شماره:

سازمان امور مالیاتی کشور موضوع ماده ۹۰ اصلاحی قانون مالیاتهای مستقیم مصوب ۸۰/۱۱/۲۷ تاریخ:

اداره کل امور مالیاتی		اداره امور مالیاتی		واحد مالیاتی		شماره پرونده	
نشانی:		نام پدر:		شماره شناسنامه		تلفن	
نام خانوادگی شخص حقیقی:		نام پدر:		شماره شناسنامه		شماره ملی	
نام شخص حقوقی:		نام پدر:		شماره شناسنامه		شماره ملی	
نشانی:		شماره شناسایی:		تلفن		شماره پستی:	
بر اساس گزارش شماره		مورخ		اداره امور مالیاتی		شماره پرونده	
مالیات حقوق و جرایم متعلقه از تاریخ		لغایت		به دلیل		عدم پرداخت مالیات در موعد مقرر	
به شرح زیر تعیین می گردد.				پرداخت مالیات کمتر از میزان واقعی			
شرح		مبلغ (به ریال)					
ماخذ محاسبه مالیات							
مالیات متعلق							
کسر میشود مالیات پرداخت شده							
مانده اصل مالیات							
جریمه موضوع ماده ۱۹۷ قانون مالیاتهای مستقیم مصوب اسفند ۶۶							
جریمه موضوع ماده ۱۹۹ قانون مالیاتهای مستقیم مصوب اسفند ۶۶							
جمع کل بدهی							
به حروف							
کارشناس ارشد مالیاتی		رئیس گروه مالیاتی / مامور رسیدگی کننده					
نام و نام خانوادگی		نام و نام خانوادگی:		مهر و امضاء		مهر و امضاء	
اینجانب: نام		نام خانوادگی		در تاریخ		این برگ را رویت نمودم.	
اینجانب: نام		نام خانوادگی		که نسبت به مودی سمت		امضاء	
				این برگ را رویت نموده و تعهد می نمایم که به مودی برسانم.		امضاء	
اینجانب: نام		نام خانوادگی		تایید می نمایم که این برگ را در تاریخ		در محل	
سکونت <input type="checkbox"/> محل کار <input type="checkbox"/>		مودی به نشانی مندرج در این برگ ابلاغ و امضاء نام		نام خانوادگی		را گواهی می نمایم.	
به علت (عدم حضور <input type="checkbox"/> استنکاف <input type="checkbox"/>) مودی <input type="checkbox"/>		بستگان و مستخدمین مودی <input type="checkbox"/>		این برگ در تاریخ		به درب محل	
سکونت <input type="checkbox"/> محل کار <input type="checkbox"/>		مودی به نشانی مندرج در این برگ الصاق گردید.		امضاء			
اینجانب: نام		نام خانوادگی		تایید می نمایم که این برگ را در تاریخ		در محل	
سکونت <input type="checkbox"/> محل کار <input type="checkbox"/>		مودی به نشانی مندرج در این برگ ابلاغ و امضاء نام		نام خانوادگی		را گواهی می نمایم.	
به علت (عدم حضور مودی یا بستگان و مستخدمین وی) این برگ در تاریخ		نشانی مندرج در این برگ الصاق و پانزده روز پس از این تاریخ که برابر است با		به درب محل سکونت <input type="checkbox"/> محل کار <input type="checkbox"/>		مودی به	
به علت (عدم حضور <input type="checkbox"/> استنکاف <input type="checkbox"/>) مودی <input type="checkbox"/>		بستگان و مستخدمین مودی <input type="checkbox"/>		این برگ در تاریخ		مجدداً مراجعه خواهد شد.	
سکونت <input type="checkbox"/> محل کار <input type="checkbox"/>		مودی به نشانی مندرج در این برگ الصاق گردید.		امضاء		به درب محل	

برگ تشخیص مالیات حقوق

شماره:

سازمان امور مالیاتی کشور موضوع ماده ۹۰ اصلاحی قانون مالیاتهای مستقیم مصوب ۸۰/۱۱/۲۷ تاریخ:

اداره کل امور مالیاتی		اداره امور مالیاتی		واحد مالیاتی		شماره پرونده	
نشانی:		نام پدر:		شماره شناسنامه		تلفن	
نام خانوادگی شخص حقیقی:		نام پدر:		شماره شناسنامه		شماره ملی	
نام شخص حقوقی:		تلفن:		شماره شناسنامه		شماره ملی	
نشانی:		شماره شناسایی:		شماره پستی:			
بر اساس گزارش شماره		مورخ		اداره امور مالیاتی			
مالیات حقوق و جرایم متعلقه از تاریخ		لغایت		به دلیل		عدم پرداخت مالیات در موعد مقرر	
به شرح زیر تعیین می گردد.				پرداخت مالیات کمتر از میزان واقعی			
شرح		مبلغ (به ریال)					
ماخذ محاسبه مالیات							
مالیات متعلق							
کسر میشود مالیات پرداخت شده							
مانده اصل مالیات							
جریمه موضوع ماده ۱۹۷ قانون مالیاتهای مستقیم مصوب اسفند ۶۶							
جریمه موضوع ماده ۱۹۹ قانون مالیاتهای مستقیم مصوب اسفند ۶۶							
جمع کل بدهی							
به حروف							
کارشناس ارشد مالیاتی		رئیس گروه مالیاتی / مامور رسیدگی کننده					
نام و نام خانوادگی		نام و نام خانوادگی:		مهر و امضاء			
اینجانب: نام		نام خانوادگی		در تاریخ		این برگ را رویت نمودم.	
اینجانب: نام		نام خانوادگی		که نسبت به مودی سمت		امضاء	
				این برگ را رویت نموده و تعهد می نمایم که به مودی برسانم.		امضاء	
اینجانب: نام		نام خانوادگی		تایید می نمایم که این برگ را در تاریخ		در محل	
سکونت <input type="checkbox"/> محل کار <input type="checkbox"/>		مودی به نشانی مندرج در این برگ ابلاغ و امضاء نام		نام خانوادگی		را گواهی می نمایم.	
به علت (عدم حضور <input type="checkbox"/> استنکاف <input type="checkbox"/>) مودی <input type="checkbox"/>		بستگان و مستخدمین مودی <input type="checkbox"/>		این برگ در تاریخ		به درب محل	
سکونت <input type="checkbox"/> محل کار <input type="checkbox"/>		مودی به نشانی مندرج در این برگ الصاق گردید.		امضاء			
اینجانب: نام		نام خانوادگی		تایید می نمایم که این برگ را در تاریخ		در محل	
سکونت <input type="checkbox"/> محل کار <input type="checkbox"/>		مودی به نشانی مندرج در این برگ ابلاغ و امضاء نام		نام خانوادگی		را گواهی می نمایم.	
به علت (عدم حضور مودی یا بستگان و مستخدمین وی) این برگ در تاریخ		نشانی مندرج در این برگ الصاق و پانزده روز پس از این تاریخ که برابر است با		به درب محل سکونت <input type="checkbox"/> محل کار <input type="checkbox"/>		مودی به	
به علت (عدم حضور <input type="checkbox"/> استنکاف <input type="checkbox"/>) مودی <input type="checkbox"/>		بستگان و مستخدمین مودی <input type="checkbox"/>		این برگ در تاریخ		مجدداً مراجعه خواهد شد.	
سکونت <input type="checkbox"/> محل کار <input type="checkbox"/>		مودی به نشانی مندرج در این برگ الصاق گردید.		امضاء			

برگ تشخیص مالیات حقوق

شماره:

سازمان امور مالیاتی کشور موضوع ماده ۹۰ اصلاحی قانون مالیاتهای مستقیم مصوب ۸۰/۱۱/۲۷ تاریخ:

اداره کل امور مالیاتی		اداره امور مالیاتی		واحد مالیاتی		شماره پرونده	
نشانی:		نام پدر:		شماره شناسنامه		تلفن	
نام، نام خانوادگی شخص حقیقی:		نام پدر:		شماره شناسنامه		شماره ملی	
نام شخص حقوقی:		تلفن:		تاریخ صدور / ثبت		محل صدور / ثبت	
نشانی:		شماره شناسایی:		حوزه صدور / ثبت		شماره پستی:	
بر اساس گزارش شماره		مورخ		اداره امور مالیاتی			
مالیات حقوق و جرایم متعلقه از تاریخ		لغایت		به دلیل		عدم پرداخت مالیات در موعد مقرر	
به شرح زیر تعیین می گردد.				پرداخت مالیات کمتر از میزان واقعی			
شرح		مبلغ (به ریال)					
ماخذ محاسبه مالیات							
مالیات متعلق							
کسر میشود مالیات پرداخت شده							
مانده اصل مالیات							
جریمه موضوع ماده ۱۹۷ قانون مالیاتهای مستقیم مصوب اسفند ۶۶							
جریمه موضوع ماده ۱۹۹ قانون مالیاتهای مستقیم مصوب اسفند ۶۶							
جمع کل بدهی							
به حروف							
کارشناس ارشد مالیاتی		رئیس گروه مالیاتی / مامور رسیدگی کننده					
نام و نام خانوادگی		نام و نام خانوادگی:		مهر و امضاء			
اینجانب: نام		نام خانوادگی		این برگ را رویت نمودم.		امضاء	
اینجانب: نام		نام خانوادگی		که نسبت به مودی سمت		را دارم در تاریخ	
				این برگ را رویت نموده و تعهد می نمایم که به مودی برسانم.		امضاء	
اینجانب: نام		نام خانوادگی		تایید می نمایم که این برگ را در تاریخ		در محل	
سکونت <input type="checkbox"/> محل کار <input type="checkbox"/>		مودی به نشانی مندرج در این برگ ابلاغ و امضاء نام		نام خانوادگی		را گواهی می نمایم.	
به علت (عدم حضور <input type="checkbox"/> استنکاف <input type="checkbox"/>) مودی <input type="checkbox"/>		بستگان و مستخدمین مودی <input type="checkbox"/>		این برگ در تاریخ		به درب محل	
سکونت <input type="checkbox"/> محل کار <input type="checkbox"/>		مودی به نشانی مندرج در این برگ الصاق گردید.		امضاء			
اینجانب: نام		نام خانوادگی		تایید می نمایم که این برگ را در تاریخ		در محل	
سکونت <input type="checkbox"/> محل کار <input type="checkbox"/>		مودی به نشانی مندرج در این برگ ابلاغ و امضاء نام		نام خانوادگی		را گواهی می نمایم.	
به علت (عدم حضور مودی یا بستگان و مستخدمین وی) این برگ در تاریخ		نشانی مندرج در این برگ الصاق و پانزده روز پس از این تاریخ که برابر است با		به درب محل سکونت <input type="checkbox"/> محل کار <input type="checkbox"/>		مودی به	
به علت (عدم حضور <input type="checkbox"/> استنکاف <input type="checkbox"/>) مودی <input type="checkbox"/>		بستگان و مستخدمین مودی <input type="checkbox"/>		این برگ در تاریخ		مجدداً مراجعه خواهد شد.	
سکونت <input type="checkbox"/> محل کار <input type="checkbox"/>		مودی به نشانی مندرج در این برگ الصاق گردید.		امضاء			