

فرم درخواست ادامه اشتراک در صندوق بازنشستگی کشوری

مشمولین ماده ۳۰ قانون برنامه پنج ساله پنجم توسعه

مدیریت/نماینده سازمان بازنشستگی در استان

با سلام

اینجانب : به شماره مستخدم: شماره ملی :

مستخدم:

بازخریدی : اخراجی : مستفی : در مرخصی بدون حقوق : نام دستگاه :

ضمن ارائه آخرین حکم کارگزینی دوران اشتغال، به آگاهی می رسانم که با اطلاع از جمیع قوانین و مقررات، متقاضی تداوم اشتراک در صندوق بازنشستگی کشوری می باشم و متعهد می گردم در چارچوب ضوابط و مقررات مربوط و مواد قرارداد منعقدہ خویش فرمایی با صندوق بازنشستگی کشوری همه ماهه کسور بازنشستگی تعیین شده و مقرری ماه اول را در مهلت مقرر به حساب صندوق بازنشستگی کشوری واریز نمایم . و عدم پرداخت کسور در سه ماه متوالی و یا شش ماه متناوب موجب قطع ارتباط با صندوق بازنشستگی کشوری خواهد گردید .

نام و نام خانوادگی متقاضی

امضاء

صندوق بازنشستگی کشوری مدیریت / استان : شماره : تاریخ :

نشانی دقیق محل سکونت متقاضی :

تلفن تماس: