

فرم درخواست تغییر صندوق کارکنان (پیمانی) از سایر صندوقهای بازنشستگی  
( اشتراک صندوق بازنشستگی کشوری )

مدیریت محترم سازمان بازنشستگی در استان مازندران

با سلام

احتراما" اینجانب مستخدم پیمانی به  
شماره مستخدم ضمن ارائه آخرین حکم استخدامی به آگهی می  
رساند از تاریخ / / ۱۳ به اعتبار اشتغال در  
خدمت و پرداخت حق بیمه نزد و دارای شماره بیمه  
می باشم و بااطلاع از جمیع مقررات و قبول تغییرات مربوطه در اجرای ماده ۲۸ قانون  
برنامه پنجم توسعه اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران مصوب  
مجلس شورای اسلامی تقاضای اشتراک در صندوق بازنشستگی کشوری را دارم ضمنا"  
تعهد پرداخت مابه التفاوت متعلقه و نیز سنوات خدمت دولتی که بابت آن کسور یا حق  
بیمه دریافت نشده است را می نمایم. ضمنا" فتوکپی شناسنامه و دو روی کارت ملی به  
پیوست ارسال می گردد.

نشانی کامل محل خدمت :

تلفن تماس :

نام و نام خانوادگی متقاضی :

امضاء