

CERERE DE RELUARE A CALITĂȚII DE PARTICIPANT

Subsemnatul/Subsemnata (nume)

(prenume)

Identificat(ă) cu B.I./C.I. seria Nr..... Eliberat(ă) la data de.....

de către....., Cod numeric personal (CNP).....

cu domiciliul în (adresa de domiciliu și/sau reședință):

Stradă:....., Nr., Bl.

Sc.Et., Ap., Localitate

Sector/județ Cod poștal

În cazul în care adresa de corespondență este diferită de cea înscrisă în actul de identitate, chiar și în situația în care ne-a fost transmisă anterior, vă rugăm să completați câmpurile de mai jos. În lipsa acestor informații, pentru comunicările noastre vom utiliza adresa înscrisă în actul de identitate.

Adresa de corespondență (dacă diferă de cea de domiciliu):

Stradă:....., Nr., Bl.

Sc.Et., Ap., Localitate

Sector/județ Cod poștal

Numere de telefon:.....

Adresa de e-mail (a se completa cu majuscule):.....

Solicit reluarea plății contribuției la Fondul de Pensii Administrat Privat BRD.

Atașez prezentei următoarele documente:

1. Hotărâre judecătorească definitivă care are ca obiect încasarea unor drepturi de natură salarială - copie simplă;
2. Actul de identitate (copie simplă) + dovada domiciliului (în cazul CI electronice noi).

DATA:

SEMNĂTURĂ:
(semnătură olografă sau electronică calificată)