FORMULAR PENTRU SCHIMBAREA ANGAJATORULUI (FSA)

NUMĂRUL ACTULUI INDIVIDUAL DE ADERARE | | | | | | | | |

TIPUL FONDULUI DE PENSII FACULTATIVE ING _____

DATE DE IDENTIFICARE ALE PARTICIPANTULUI

Nume: _____

CNP : | | | | | | | | | | | | |

DATE DE IDENTIFICARE ALE ANGAJATORULUI

Denumirea vechiului angajator : _____

Denumirea noului angajator : _____

Codul unic de înregistrare al noului angajator*: | | | | | | | | | | | | |

Adresa noului angajator: _____

Persoana de contact de la noul angajator: _____ Telefon: _____

Luna pentru care va fi virată prima contribuție de către noul angajator*: _____, anul* _____.

Data	Semnătura şi ştampila angajatorului	Agenția
Semnătura participantului*		Semnătura agentului de marketing

Indicații:

- **Câmpurile marcate cu „*" reprezintă câmpuri obligatorii;**
- Acest formular se foloseşte doar în cazul schimbării angajatorului, nu şi a plătitorului. Poate însoți „Formularul pentru schimbarea plătitorului", dacă se doreşte şi schimbarea angajatorului şi a plătitorului, concomitent.

Pentru mai multe informații ajutătoare, vă rugăm să ne contactați la adresa de e-mail pensii@ing.ro sau apelând serviciul My'Line la numărul de telefon (021) 9ING (021/ 9464).