

شماره:

تاریخ:

" فرم تقاضای انتقال کسور بازنشستگی یا حق بیمه از سایر صندوقها به صندوق بازنشستگی کشوری "

اداره کل / مدیریت بازنشستگی استان.....

با سلام و احترام

اینجانب..... به شماره ملی.....مستخدم دستگاه/سازمان.....

دارای سابقه پرداخت کسور بازنشستگی/حق بیمه به شرح جدول ذیل نزد صندوق بازنشستگی..... می باشم.

ردیف	از تاریخ	تا تاریخ	نام موسسه / سازمان محل خدمت	کد شعبه / شهر

و تقاضا دارم در اجرای قانون نقل و انتقال سوابق بیمه یا کسور بازنشستگی بین صندوقهای بازنشستگی و تجمیع سوابق بیمه ای اشخاص مصوب سال ۱۴۰۲ نسبت به انتقال کسور بازنشستگی/حق بیمه اینجانب از صندوق بازنشستگی..... به صندوق بازنشستگی کشوری اقدام مقتضی معمول گردد.

نشانی و تلفن تماس:

تاریخ تقاضا:

نام و نام خانوادگی و امضاء متقاضی: