فرم درخواست از پا افتادگی صندوق حمایت و بازنشستگی آینده ساز

صندوق حمایت و بازنشستگی آینده ساز

اینجانب ..... به شماره عضویت ..... و شماره ملی .....

با توجه به مدارک پیوست، متقاضی بررسی وضعیت از پا افتادگی خویش می باشم.

توضیحات:

.....

تلفن ثابت: **تلفن همراه:** **کدپستی:** **ایمیل:**

آدرس:

.....

تاریخ: امضاء: اثرانگشت:

تامین آتیه شاغلین و بازنشستگان با حفظ شأن ایشان
www.ayandehsazfund.com
شماره تلفن صندوق: ۷۲۸۳۷-۰۲۱

لطفا پس از تکمیل فرم، آن را از طریق پست به دبیرخانه ارسال یا به صورت حضوری به واحد مربوطه تحویل نمایید.