

A.A.D. - CARP "EXPRESUL C.F.R."

SECȚIA a I a A.D.

FILIALA / SUCURSALA / AGENȚIA _____

NR. MATRICOL _____ NR. CHITANȚĂ _____

DATA: ZIUA _____ LUNA _____ ANUL _____

C.N.P.: _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /

CERERE DE ÎNSCRIERE

Subsemnatul(a) _____ născut(ă)
în anul _____ luna _____ ziua _____ posesor al B.I./C.I. seria _____
nr. _____ eliberat de _____ la data de _____
pensionar cu talon de pensie nr. _____ sau salariat la unitatea _____
_____ domiciliat în _____ strada
_____ nr. _____ bloc _____ scara _____ etaj _____ ap. _____
judet/sector _____ telefon _____

conform documentelor depuse în copie sau original (B.I. / C.I., talon de pensie, adeverință de salariu);

vă rog a aproba înscrierea mea ca membru în Asociația pentru ajutor de deces a pensionarilor și salariaților din transporturi, comunicații și alte sectoare ale economiei " EXPRESUL C.F.R. "

Am luat la cunoștință de prevederile statutului Asociației pe care mă oblig să-l respect întocmai și să contribuie la îmbunătățirea activității Asociației

Notez mai jos membrii de familie care au dreptul de a primi ajutor de deces conform prevederilor statutare, se trec copii (sub 18 ani) sau studenții:

copil _____ născut în anul _____ luna _____ ziua _____

copil _____ născut în anul _____ luna _____ ziua _____

**Menționez că nu am fost înscris și nici nu sunt înscris la altă filială,
sucursală, agenție a A.A.D. - C.A.R.P. EXPRESUL C.F.R.**

Răspund de exactitatea datelor

PREȘEDINTE / VICEPREȘEDINTE

Nume / Semnătura,

Semnătura titular,

Sunt de acord ca Asociația să prelucreze datele mele cu caracter personal.