

Domnule Director,

Subsemnatul(a),
C.N.P., legitimat(a) cu , seria , numarul ,
eliberat de , la data de , domiciliat(a) in
localitatea , str. , nr. ,
bl. , sc. , et. , ap. , judetul , asigurat(a) in
sistemul public de pensii cu Contractul de asigurare sociala nr. / ,
prin reprezentantul legal , C.N.P.
..... , act de identitate , seria , nr. solicit
rezilierea acestuia incepand cu data de

NR TELEFON:

Data,

Semnatura

Domnului Director al Casei Judetene de Pensii Dambovita.