

Nr _____ data _____, luna _____, anul _____

CĂTRE,

CASA JUDEȚEANĂ DE PENSII SUCEAVA

Subsemnatul(a) _____

Codul personal de asigurări sociale(CNP) _____

Act de identitate, Seria _____ Nr _____

Domiciliat în localitatea: _____

Strada: _____, Nr. _____

Bloc _____, Scara _____ Etaj _____ Apart. _____

Județ _____, Telefon _____

asigurat cu contract de asigurare nr. _____ din ziua _____, luna _____,

anul _____, solicit rezilierea acestuia cu data de ____ / ____ / _____.

Precizez că am achitat integral contribuția de asigurări sociale către B.A.S.S., până la data de ____ / ____ / _____, cu chitanța nr. _____ din data _____.

Sunt de acord ca prelucrarea datelor cu caracter personal să se facă în concordanță cu prevederile Regulamentului (UE) nr. 679/2016 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date (Regulamentul general privind protecția datelor).

Data _____ Semnătura asigurat _____