**DEKLARATË PËR VAZHDIMIN E ANËTARËSISË NË**

**FONDIN E DETYRUESHËM PENSIONAL**

Unë \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(emri dhe mbiemri i anëtarit)*

me NUAQ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , adresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

telefoni për kontakt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, deklaroj se dua të vazhdojë anëtarësia ime në\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*emri i fondit të detyrueshëm pensional)*

Me nënshkrimin e kësaj deklarate jam i/e vetëdijshëm/me se mbetem anëtar i fondit pensional dhe nuk kam mundësi ta ndryshoj vendimin tim.

 Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Vendi\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(nënshkrimi i anëtarit)*