

DECLARATIEFORMULIER VOOR DE SENIORENREGELING

NAAM VAN DE APOTHEEK :

APOTHEEKNUMMER :

NAAM VAN DE WERKNEMER :

WERKNEMERSNUMMER :

GEBOORTEDATUM WERKNEMER :

PERIODE VAN DECLARATIE :

- 1 a) Hebben zich in de betrokken periode wijzigingen voorgedaan in het bruto salaris, de uren waarop het salaris is gebaseerd (salarisuren) of in de werkuren? : Ja / Nee °
b) Is er door een verzekeringsmaatschappij een uitkering gedaan in verband met ziekte van de werknemer? : Ja / Nee °

2

MAANDEN		BRUTO SALARIS	SALARIS UREN	WERKUREN	ONTVANGEN BEDRAG ZIEKTEVERZEKERING
JAN	JUL				
FEB	AUG				
MRT	SEP				
APR	OKT				
MEI	NOV				
JUN	DEC				

Declaratieformulieren dienen per **halfjaar** (periode januari t/m juni of periode juli t/m december) ingediend te worden. Een **salarisstrook** behorende bij de laatste maand van de declaratieperiode (juni of december) dient te allen tijde bijgevoegd te worden.

Indien u een bedrag aan **ziekteverzekering** heeft ontvangen, verzoeken wij u een kopie van de desbetreffende instantie bij te voegen.

Niet ondertekende en **niet volledig ingevulde** formulieren kunnen wij niet verwerken.

3 Gegevens ten behoeve van de gewenste betalingswijze.

Gironummer bij de Postbank :

Bankrekeningnummer :

Naam rekeninghouder :

Naam van de bank :

De werkgever ontvangt een specificatie van de vergoeding.

° Doorhalen wat niet van toepassing is.

Z.O.Z.

DECLARATIEFORMULIER VOOR DE SENIORENREGELING

4 Mocht u vragen hebben over het invullen van het declaratieformulier dan kunt u contact opnemen met PMA, afdeling Pensioenen, telefoonnummer 070-3110155.

5 Opmerkingen en/of aanvullingen.

6 Ondergetekenden verklaren dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.

Werknemer

Plaats

Datum

Handtekening

Werkgever

Plaats

Datum

Handtekening

STICHTING REGELINGEN MEDEWERKERS APOTHEKEN (SRMA)
Postbus 97851, 2509 GH Den Haag