



AANVRAAGFORMULIER TUSSENTIJDSE WERKGEVERSBIJDRAGE
SOCIAAL FONDS HUISARTSENZORG

Stichting Sociaal Fonds
Huisartsenzorg

Uw praktijknaam:	
Adres, postcode en plaats:	
Emailadres:	
Contactpersoon:	
PZFW-nummer:	
Begindatum praktijk:	
Het pensioengevend salaris van uw medewerkers per 31-12-2019*	
Bent u gestart per 1-1-2020, geeft u dan het geschatte pensioengevend salaris van uw medewerkers over 2020 op	
* Het pensioengevend salaris van alle medewerkers die vallen onder de cao Huisartsenzorg.	
Stuurt u een kopie mee van de verzamelloonstaat? Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>	

Reitseplein 1
5037 AA Tilburg

Postbus 4076
5004 JB Tilburg

Telefoon
013 594 4318

Email
info@ssfhn.nl

Website
www.ssfhn.nl

IBAN
NL60 RABO 0174 832 648



Overname? Heeft u een praktijk overgenomen, vul dan hier de naam van de overgenomen praktijk in:	
Praktijknaam voorganger:	
Adres, postcode en plaats:	
Emailadres:	
Contactpersoon:	
PFZW-nummer:	
Datum van overname:	

Wij zien dit ingevulde formulier, met (indien van toepassing) de verzamelloonstaat, tegemoet op: **info@ssfhn.nl**

