



## AANVRAAGFORMULIER TUSSENTIJDSE WERKGEVERSBIJDRAGE

### SOCIAAL FONDS HUISARTSENZORG

Stichting Sociaal Fonds  
Huisartsenzorg

Uw praktijknaam:	
Adres, postcode en plaats:	
Emailadres:	
Contactpersoon:	
PFZW-nummer:	
Begindatum praktijk:	
Het pensioengevend salaris van uw medewerkers per 31-12-2024*	
Bent u gestart per 1-1-2025, geeft u dan het geschatte pensioengevend salaris van uw medewerkers over 2025 op	
* Het pensioengevend salaris van alle medewerkers die vallen onder de cao Huisartsenzorg.  Het pensioengevend salaris is dezelfde grondslag waarover u pensioenpremie afdraagt. Voor het berekenen van het pensioengevend salaris kunt u gebruik maken van deze link <a href="https://www.pfzw.nl/werkgevers/werkgeversdesk/faqs/hoe-bereken-ik-een-volgtijd-onregelmatigheidstoelage/pensioengevend-salaris-berekenen.html">https://www.pfzw.nl/werkgevers/werkgeversdesk/faqs/hoe-bereken-ik-een-volgtijd-onregelmatigheidstoelage/pensioengevend-salaris-berekenen.html</a>	

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



<b>Overname?</b> 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:	

**U dient dit formulier volledig te hebben ingevuld. Indien het formulier niet volledig is ingevuld neemt SSFH het formulier niet in behandeling.**

U verklaart het formulier naar waarheid te hebben ingevuld Ja

Datum

Plaats

Handtekening

