

**DECIZIE nr. ....din .....**  
privind rezilierea contractului de asigurare socială

Pentru asiguratul:

Nume și prenume: \_\_\_\_\_

Cod Personal de Asigurări Sociale (CNP) \_\_\_\_\_

în baza prevederilor din contract:

6.5. Neplata contribuției pentru o perioadă de 6 luni consecutive

6.7. Încetare raport de muncă a asiguratului în cadrul Bisericii Reformate din România

alt temei .....

începând cu data de .....

se reziliază contractul de asigurare socială nr. ....din .....

Împotriva prezentei decizii se poate depune contestație la comisia de contestație al CPBRR,  
în termen de 30 zile de la primire. Decizia necontestată la termen rămâne definitivă.

*referent pensii,*

*director,*

*Date de contact:*

**Casa de Pensii a Bisericii Reformate din România**

**COMISIA DE CONTESTAȚIE**

400124 Cluj-Napoca

Piața Avram Iancu nr. 15, jud. Cluj

0264 598538

[office@cpbrr.ro](mailto:office@cpbrr.ro)