# **Tilslutning til Aftale om deling af udgifter – pensionsforsikring**

# Selskabet:

|  |  |
| --- | --- |
| Navn: |  |
| CVR-nr.: |  |
| Adresse: |  |
| Postnr. og by: |  |

# Selskabets underskrift:

Dato:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stempel og underskrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_