



P A Y R O L L

FORMULIER WIJZIGING

ADRES / BANKGEGEVENS / DIENSTVERBAND

Opsturen of faxen naar:
PRO Payroll
Hofstraat 167
5641 TD EINDHOVEN
FAX: 040-2908127

NAAM

Voornaam	<input type="text"/>	Achternaam	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/>	BSN (Sofinummer)	<input type="text"/>

OUDE GEGEVENS

Adres	<input type="text"/>	Huisnummer	<input type="text"/>
		Postcode	<input type="text"/>
Plaats	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Telefoonnummer	<input type="text"/>		
Mobiel nummer	<input type="text"/>	Emailadres	

NIEUWE GEGEVENS

Adres	<input type="text"/>	Huisnummer	<input type="text"/>
		Postcode	<input type="text"/>
Plaats	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Telefoonnummer	<input type="text"/>		
Mobiel nummer	<input type="text"/>	Emailadres	

WIJZIGING BANK/GIRONUMMER

Oud rekeningnr	<input type="text"/>	T.n.v.	<input type="text"/>
Nieuw rekeningnr	<input type="text"/>	T.n.v.	<input type="text"/>

WIJZIGING/BEEINDIGING DIENSTVERBAND

Naam bedrijf	<input type="text"/>	Functie	<input type="text"/>
Datum in dienst	<input type="text"/>	Bij eerstvolgende betaling reserveringen uitbetalen	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
Datum uit dienst	<input type="text"/>		

HANDTEKENING MEDEWERK(ST)ER

Medewerk(st)er verklaart dit formulier duidelijk, volledig, naar waarheid en zonder voorbehoud te hebben ingevuld.

Naam	Datum	Plaats	Handtekening
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>