

## ANGAJAMENT DE PLATĂ

Subsemnatul(a).....,

CNP....., cu domiciliul în localitatea .....

județul ....., str. ....,

nr. ...., bl ....., sc ....., et ....., ap... .., posesorul BI/CI seria .....,nr. ....,

elib. de ....., la data de .....,nr.tel .....

solicitant de ASF, declar prin prezenta că, în cazul în care, în perioada în care mi se va acorda

beneficiul, vor fi identificate plăți necuvenite, sunt de acord ca sumele aferente acestora să fie

recuperate și din alte drepturi plătite de AJPIS Suceava.

Încheiat astăzi.....

Semnătura .....

Semnat în fața noastră,

Nume.....

Calitatea.....

Semnătura.....