

(All. 2)

DA RESTITUIRE A:  
UNIPOL ASSICURAZIONI S.P.A.  
UFFICIO FONDI CHIUSI NEGOZIALI E PIP  
n. fax 02/51819774  
e-mail: [previdenza.complementare@unipolassicurazioni.it](mailto:previdenza.complementare@unipolassicurazioni.it)

p.c. AGENZIA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ n.fax \_\_\_\_\_

Luogo Milano data 05/09/14

AZIENDA HT SRL

Indirizzo VIA MOSCOVA, 13 - 20121

Referente LUCIA RANA n.tel. 02/29060603

DATA DISPOSIZIONE BONIFICO \_\_\_\_\_

PERIODO DI COMPETENZA VERSAMENTO 18/06/14 - 31/08/14

| Nome e Cognome Aderente | Codice Fiscale                     | Importo TFR   | Contributo datore di lavoro | Contributo dipendente | Totale        |
|-------------------------|------------------------------------|---------------|-----------------------------|-----------------------|---------------|
| <u>CHRISTIAN POZZI</u>  | <u>P22CR581R31F</u><br><u>704L</u> | <u>498,21</u> | <u>-</u>                    | <u>-</u>              | <u>498,21</u> |
|                         |                                    |               |                             |                       |               |
|                         |                                    |               |                             |                       |               |
|                         |                                    |               |                             |                       |               |
|                         |                                    |               |                             |                       |               |
|                         |                                    |               |                             |                       |               |
|                         |                                    |               |                             |                       |               |