

(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

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> <u>704L</u>	<u>498,21</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>498,21</u>