

(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 03.10.14

AZIENDA HT SRL

Indirizzo VIA NOSCOVA, 13 - 20121

Referente LUCIA RANA n.tel 02/29060003

DATA DISPOSIZIONE BONIFICO 10.10.14

PERIODO DI COMPETENZA VERSAMENTO 01.09.14 - 30.09.14

Nome e Cognome Aderente	Codice F scale	Importo TFR	Contributo datore di lavoro	Contributo dipendente	Totale
<u>CHRISTIAN POZZI</u>	<u>P22CRS81R 31F704L</u>	<u>153,30</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>153,30</u>