

(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 12/12/2014

AZIENDA HT Srl

Indirizzo Via Moscova, 13 - 20121

Referente Lucia Rana n.tel. 02/29066603

DATA DISPOSIZIONE BONIFICO 12/12/2014

PERIODO DI COMPETENZA VERSAMENTO 01/11/14 - 30/11/14

Nome e Cognome Aderente	Codice Fiscale	Importo TFR	Contributo datore di lavoro	Contributo dipendente	Totale
<u>CHRISTIAN POZZI</u>	<u>PEZCRFB1R31F704L</u>	<u>15287</u>	<u>≡</u>	<u>≡</u>	<u>15287</u>