

(Al. 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 08.01.15

AZIENDA HT Srl

Indirizzo Via Moscova, 13 - Milano - 20121

Referente Lucia Rana n.tel. 02/29066603

DATA DISPOSIZIONE BONIFICO 08.01.15

PERIODO DI COMPETENZA VERSAMENTO 01/12/14 - 31/12/14

Nome e Cognome Aderente	Codice Fiscale	Importo TFR	Contributo datore di lavoro	Contributo dipendente	Totale
Christian Pozzi	P220R581R31F04L	280,47	—	—	280,47