

(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 17.02.15

AZIENDA HT SRL

Indirizzo VIA MOSCONA, 13 - 20121, MILANO

Referente Lucia Rana n.tel. 02/29060603

DATA DISPOSIZIONE BONIFICO 20.02.2015

PERIODO DI COMPETENZA VERSAMENTO 01.01.'15/31.01.'15

Nome e Cognome Aderente	Codice Fiscale	Importo TFR	Contributo datore di lavoro	Contributo dipendente	Totale
<u>CHRISTIAN POZZI</u>	<u>PZZCRS81R31F704L</u>	<u>153,30</u>	<u>//</u>	<u>//</u>	<u>153,30</u>