

(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 13/04/15

AZIENDA HET SRL

Indirizzo VIA MOSCOVA, 13 - 20121 - MI

Referente LUCIA RANA n.tel. 02/29060603

ALESSANDRA MINO  
SIMONETTA GALUCCI  
 DATA DISPOSIZIONE BONIFICO 13/04/15

PERIODO DI COMPETENZA VERSAMENTO 01.03.15/31.03.15

Nome e Cognome Aderente	Codice Fiscale	Importo TFR	Contributo datore di lavoro	Contributo dipendente	Totale
<u>CHRISTIAN POZZI</u>	<u>P220RSB1R31F04L</u>	<u>153,29</u>	<u>//</u>	<u>//</u>	<u>153,29</u>