

(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](mailto:previdenza.complementare@unipolassicurazioni.it)

p.c. AGENZIA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ n.fax \_\_\_\_\_

Luogo MILANO data 07/05/2015

AZIENDA HT SRL

Indirizzo VIA MOSCOVA, 13 - 20121 - MI

Referente ALESSANDRA MINO n.tel. 02/29060603  
SIMONETTA GALLUCCI

DATA DISPOSIZIONE BONIFICO 07/05/2015

PERIODO DI COMPETENZA VERSAMENTO 01.04.2015 / 30.04.2015

Nome e Cognome Aderente	Codice Fiscale	Importo TFR	Contributo datore di lavoro	Contributo dipendente	Totale
<u>CHRISTIAN POZZI</u>	<u>PZZCRSP1R31F70AL</u>	<u>187,89</u>	<u>//</u>	<u>//</u>	<u>187,89</u>