

(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 08/06/2015

AZIENDA HT SRL

Indirizzo VIA MOSCOVA-13 - 20121 - MILANO

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

DATA DISPOSIZIONE BONIFICO 10-06-2015

PERIODO DI COMPETENZA VERSAMENTO 01-05-2015 / 31-05-2015

Nome e Cognome Aderente	Codice Fiscale	Importo TFR	Contributo datore di lavoro	Contributo dipendente	Totale
<u>CHRISTIAN POZZI</u>	<u>P22CRS81R31F704L</u>	<u>187,88</u>	<u>//</u>	<u>//</u>	<u>187,88</u>