

(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 03/07/2015

AZIENDA HT SRL

Indirizzo VIA MOSCOVA, 13 - 20121, MILANO

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

DATA DISPOSIZIONE BONIFICO 10-07-2015

PERIODO DI COMPETENZA VERSAMENTO 01.06.2015/30.06.2015

Nome e Cognome Aderente	Codice Fiscale	Importo TFR	Contributo datore di lavoro	Contributo dipendente	Totale
CHRISTIAN POZZI	PZZCRS81R1F704Z	375,77	//	//	375,77