

In relazione al/i piano/i previdenziale/i **EUROVITA FUTURO**, vogliate provvedere ad effettuare il/i contributo/i aggiuntivo/i per conto del/gli aderente/i sotto indicato/i, con decorrenza _____

DATI DEL DATORE DI LAVORO

Denominazione e Ragione Sociale _____ Partita Iva _____
 Codice Fiscale _____ Sede Legale in Via _____ n° _____ CAP _____
 Città/Paese _____ Prov. _____ Tel. _____ Fax _____ e-mail _____
 Sede di lavoro (se diversa dalla sede legale) in Via _____ n° _____ CAP _____ Città/Paese _____
 Prov. _____ Tel. _____ Fax _____ e-mail _____

PIANO PREVIDENZIALE NUMERO	COGNOME E NOME ADERENTE	COD. FISCALE ADERENTE	IMPORTO CONTRIBUTO PER CONTO DELL'ADERENTE	IMPORTO CONTRIBUTO DATORE DI LAVORO	IMPORTO CONTRIBUTO T.F.R.

a favore di EUROVITA S.p.A. mediante Bonifico/i* presso ICBPI Coordinate Bancarie:

PAESE IT	CD 19	CIN T	ABI 05000	CAB 03200	C/C CC0027011400
--------------------	-----------------	-----------------	---------------------	---------------------	----------------------------

Il sottoscritto prende atto che il mezzo di pagamento utilizzato è accettato "salvo buon fine".
 La Compagnia invierà all'Aderente il Certificato Assicurativo di Contributo Aggiuntivo.

Data _____ Timbro e Firma del Datore di Lavoro _____

Il presente modulo deve essere sottoscritto ed inviato al Servizio Assunzioni di EUROVITA S.p.A.

*** Il Datore di lavoro non potrà effettuare un bonifico cumulativo, bensì bonifici distinti per ogni singolo aderente e per ogni tipologia di contributo.**