DATI AZIENDA PER CONTRIBUTO SPESE
COMMISSIONE DI CONCILIAZIONE

Si prega di compilare le parti sottostanti al fine di consentire alla segreteria di predisporre la nota spese per la seduta di commissione.

La Sottoscritta ditta
Denominazione _____

C.F. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| P.IVA |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Con sede in _____ Via _____ N° _____

Cap. |_|_|_|_|_| Tel. _____ Fax. _____

n. dipendenti: *[2]_____

L'AZIENDA DICHIARA DI:

☐ aderire all'Ente Bilaterale e di essere in regola con i versamenti contributivi

☐ versare l'EDR*[1] al lavoratore

☐ essere associata UNICOOP

☐ non essere associata UNICOOP

modalità prescelta per il pagamento:

☐ in contanti presso la segreteria

☐ mediante bonifico bancario (IBAN : IT30 O0312 7050 1100 0000 002156)

Data_____ Firma_____

* 1 EDR: elemento distinto dalla retribuzione
* 2 Indicare il numero totale di dipendenti in azienda

Rinviare il presente modulo a mezzo fax 06/44249995 o e-mail: conciliazioni@ebilcoop.it

---

Spazio riservato alla segreteria:

Contributo dovuto: €…….

_____