

LA SOTTOSCRITTA AZIENDA

DATI AZIENDALI

RAGIONE SOCIALE

sede legale

via

cap

città

sede operativa

via

cap

città

PARTITA IVA**CODICE FISCALE**CODICE ATTIVITÀ
(codice ATECO 2007)Indirizzo di posta
elettronica

Pec

Telefono

Telefax

DATI PERSONALI

**LEGALE
RAPPRESENTANTE**

professione

nato/a

a

Il (gg/mm/aaaa)

residente a

via

cap

città

**CODICE FISCALE
legale rappresentante****ADERENTE A****ITALIA IMPRESA – SEDE DI****COMUNICO L'APPLICAZIONE DEL CCNL**

per i dipendenti di farmacie e parafarmacie

PER LA NUOVA ASSUNZIONE DEL LAVORATORE

DATI ADDETTO	COGNOME e NOME														
	nato/a	a <i>Il (gg/mm/aaaa)</i>													
	livello														
	mansione come prevista dal CCNL														
	CODICE FISCALE LAVORATORE														

PRENDO ATTO

dei contributi obbligatori e facoltativi previsti dall'applicazione di questo Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro e precisamente:

- ☐ **MEDIATORE PER LA SICUREZZA** (0,75% A CARICO AZIENDA – 0,25% A CARICO LAVORATORE)
- ☐ **DELEGA SINDACALE** (1% A CARICO LAVORATORE)
- ☒ **E.BIL.GEN.** (0,20% A CARICO AZIENDA – 0,10% A CARICO LAVORATORE)
- ☒ **SERVIZIO CONTRATTUALE** (0,10% A CARICO AZIENDA – 0,10% A CARICO LAVORATORE)

IL VERSAMENTO MENSILE DOVRÀ ESSERE EFFETTUATO A

E.BIL.GEN. – Ente Bilaterale Generale
via Lodovico Settala, 61
20124 MILANO

IBAN IT62-N-03127-01605-000000002058

UNIPOL BANCA - AGENZIA 216

_____ data

_____ firma del legale rappresentante