

MITTENTE

Nome Azienda _____
Via _____
Città (Provincia) _____
C.a.p. _____
Numero telefonico _____
Email _____

Spett.le **Ente Bilaterale del Terziario**
Via Laurana, 4
96100 Siracusa

Oggetto: impegno versamento contributi.

Il/la sottoscritto/a _____, titolare/legale rappresentante della ditta _____, con sede in _____, via _____, tel. _____ cell _____ email _____ n. dipendenti totali _____ con la sottoscrizione della presente, si impegna al versamento dei contributi associativi a favore del Vostro rispettabile Ente nella misura dello 0,50 % del salario lordo, di cui lo 0,25 % a carico della scrivente ditta e lo 0,25 % a carico del lavoratore, con le seguenti modalità:

Il versamento sarà effettuato tramite bonifico utilizzando le seguenti coordinate bancarie:

BANCA	C/C	CAB	CIN	ABI	IBAN
MONTE dei PASCHI SIENA Filiale 09765	1565214	17103	U	01030	IT 46U0103017103000001565214

Inoltre si autorizza fin d'ora l'Ente Bilaterale di Siracusa a richiedere verifica di detti versamenti e di copia annuale dei compensi lordi del dipendente.

Firma leggibile

Luogo e data, _____