

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 di versamento modello F24.

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.

Il contributo dovuto all'Ente Bilaterale del Terziario di Siracusa, sarà versato per mezzo del modello F24 indicando, negli appositi campi previsti nella sezione INPS, quanto segue:

1. campo "causale contributo": il codice denominato **EBCM**;
2. campo "codice sede": il codice della sede INPS di Siracusa **7600**;
3. campo "matricola INPS": la matricola dell'azienda interessata;
4. a seguire va indicato il periodo di riferimento ed infine l'importo del contributo dovuto.

Inoltre si autorizza fin d'ora l'Ente Bilaterale di Siracusa a richiedere verifica di detti versamenti.

Firma leggibile

Luogo e data, _____