

**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 0,15 % del salario lordo, di cui lo 0,10 % a carico della scrivente ditta e lo 0,05 % 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, \_\_\_\_\_