FONDO TELEMACO

Da inviare in originale, a cura dell'Azienda, a:
Fondo Pensione Telemaco
Via Luigi Bellotti Bon, 14
00197 Roma

Codice fiscale: 97157160587 - Iscrizione Albo n.103
Contact Center: 0422/1745964 - E-mail: info@fondotelemaco.it

RICHIESTA DI RIATTIVAZIONE CONTRIBUZIONE SOSPESA

Il/La sottoscritto/a_____

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ prov. _____ C.A.P. _____

via _____ n° _____ Tel. _____

e-mail _____@_____

CHIEDE

la riattivazione dell'obbligo contributivo sospeso come da precedente comunicazione

PRENDE ATTO

che la riattivazione dell'obbligo contributivo avrà decorrenza dal primo giorno del mese successivo a quello del ricevimento del presente modulo da parte dell'Azienda

Data_____ Firma del richiedente_____

PARTE RISERVATA ALL'AZIENDA

Denominazione_____

Data _____ Timbro e Firma _____

Versione aggiornata al 06/06/2022