



Ente di assistenza sanitaria integrativa per i dipendenti dalle aziende del commercio, del turismo e dei servizi

## MODULO PER LA RICHIESTA DI CAMBIO CONSULENTE

Il sottoscritto ..... in qualità di:

legale rappresentante della ditta .....(C.F.....  
P.I.....) sita in via..... n.....  
Città..... prov. .... Tel..... Email.....

consulente del lavoro presso lo studio.....(C.F.....  
P.I.....) sito in via..... n.....  
Città..... prov. .... Tel..... Email.....

dichiara:

di voler affidare la gestione dei versamenti ad Ente ASTER e delle relative comunicazioni al  
Consulente/ studio di consulenza/ centro servizi  
.....(C.F..... P.I.....)  
sito in via..... n..... Città..... prov. ....  
Tel..... Email.....

di voler gestire autonomamente i versamenti ad Ente ASTER e le relative comunicazioni e chiede  
pertanto l'invio delle credenziali all'indirizzo Email.....

di essere stato incaricato dall'azienda .....(C.F.....  
P.I.....) sita in via..... n.....  
Città..... prov. .... con rappresentante legale .....  
..... a gestire i versamenti ad Ente ASTER e le relative comunicazioni.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

ALLEGARE AL PRESENTE MODULO COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL LEGALE  
RAPPRESENTANTE DELLA DITTA DA ASSOCIARE AL CONSULENTE.

**Inviare il presente modulo ad ASTER all'indirizzo email [aster@enteaster.it](mailto:aster@enteaster.it)**