ASTER

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/CentroServizi…….. (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

Via Nazionale, 60 - 00184 ROMA - Tel. 06 97271881 - Fax 06 45495545
E-mail: info@enteaster.it - web: www.enteaster.it