Spett.le CDL

_____

_____

_____

e.p.c.

Spett.le

EBINAL

Via Arno, 33

00192 Roma

info@ebinal.it

Oggetto: Richiesta Adesione Ente Bilaterale EBINAL – Ente Bilaterale Nazionale del Lavoro

Con la presente io sottoscritto: _____

titolare dell'impresa: _____

sono a richiedere il passaggio e/o iscrizione all' Ente Bilaterale EBINAL al fine di poter accedere ai servizi e alle prestazioni delle attività bilaterali finanziate da EBINAL.

Vi prego di procedere all'iscrizione nel primo flusso Uniemens, ovvero nel prossimo disponibile.

Il codice identificativo attribuito all'ente bilaterale EBINALè il seguente: EBNL

Il contributo mensile per ogni dipendente è quello indicato nel CCNL da noi applicato od in alternativa quello stabilito da EBINAL che risulta da un minimo di 10€ fino ad un massimo di 20€ , io scelgo la quota di € _____ totalmente a carico della mia azienda. Per il Fondo sanitario ho letto il regolamento di SANISP e ho deciso di versare la quota di € 12,00 per ogni dipendente / non voglio versare la quota di € 12,00 per ogni dipendente e sono consapevole delle normative vigenti del CNNL

In attesa di conferma scritta dell'avvenuto cambio o iscrizione del codice relativo al nuovo Ente Bilaterale EBINAL invio i miei più cordiali saluti

Lì,_____

Firma

_____

Da inviare per email a : info@ebinal.it