



MEDIAFOND - Fondo Pensione Complementare a contribuzione definita
Iscritto all'Albo dei Fondi Pensione I Sezione n. 126
Viale Europa, 48 20093 Cologno Monzese MI
Tel. 02/2514.7911 Fax. 02/2514.7270 Cod. Fisc. 94577960159
www.mediafond.it mediafond@mediaset.it

**MODULO CONTRIBUZIONE PER I SOGGETTI
FISCALMENTE A CARICO DEL LAVORATORE ADERENTE**

CONTRIBUZIONE PER I SOGGETTI FISCALMENTE A CARICO

DATI DEL LAVORATORE ADERENTE

Cognome:	Nome:																					
Dipendente della Società:																						
Residente a:	Prov:	CAP:																				
Via:	n°:	Tel:																				
Codice Fiscale iscritto:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					

DATI DEL SOGGETTO FISCALMENTE A CARICO DEL LAVORATORE ADERENTE

Cognome:	Nome:																					
Residente a:	Prov:	CAP:																				
Via:	n°:	Tel:																				
Titolo di studio:																						
Codice Fiscale:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					

Dichiaro di aver effettuato

VERSAMENTO DI €: in lettere	
CON LA SEGUENTE DATA DI VALUTA: fissa per il beneficiario	
SUL SEGUENTE CONTO CORRENTE:	
IBAN IT32 H 05000 01600 CC0018039200 <small>CODICE PAESE CIN ABI CAB NUMERO CONTO</small>	
INTESTATO A :	MEDIAFOND
APERTO PRESSO:	ISTITUTO CENTRALE DELLE BANCHE POPOLARI ITALIANE Corso Europa, 18 - 20121 MILANO MI
CAUSALE:	CTRBFISC, CODICE FISCALE, COGNOME NOME DEL SOGGETTO FISCALMENTE A CARICO E CODICE FISCALE , COGNOME E NOME DEL LAVORATORE ADERENTE

N.B.: inviare Il presente modulo unitamente ad una copia del versamento entro 10 gg. dalla effettuazione del bonifico, al seguente nr. di fax: 02.2514.7270 oppure a mezzo e-mail: mediafond@mediaset.it

DATA/...../..... **Firma del lavoratore aderente**

DATA/...../..... **Firma del soggetto fiscalmente a carico***.....

*Firma del soggetto che risulta fiscalmente a carico dell'aderente, se maggiorenne; se minorenni di chi esercita sul medesimo la potestà genitoriale ovvero di chi ne ha la tutela.