

CARTA INTESTATA DELLA SOCIETA'

Luogo e data

Oggetto: richiesta adesione dei lavoratori della al piano sanitario denominato CALL CENTER OUTBOUND

Con la presente,

La società con sede in, (...) rappresentata da

al fine di fornire assistenza sanitaria integrativa ai propri lavoratori, così come previsto dal CCNL di settore, e in virtù della convenzione pattuita con le associazioni sindacali,

chiede

alla Società di Mutuo Soccorso RECIPROCA, con sede operativa in Viale Aldo Moro 16., 40127 Bologna, C:F. 94052030486, di iscrivere i propri lavoratori al piano sanitario denominato "Piano Sanitario CALL CENTER OUTBOUND"; impegnandosi a versare i contributi associativi indicati dal piano sanitario succitato rapportati al periodo di copertura previsto.

La società è consapevole che per tutto ciò che attiene alle gestione amministrativa del piano sanitario potrà fare riferimento a RECIPROCA Società di Mutuo Soccorso, mentre per tutti gli aspetti legati alla fruizione delle prestazioni comprese nel piano sanitario farà riferimento alla compagnia UNISALUTE S.p.A., società alla quale sono demandate tutte le attività relative alla erogazione delle prestazioni e alla liquidazioni dei rimborsi.

Il legale rappresentante

(Nome e Cognome)
