

Modulo Contribuzione Volontaria

Il presente modulo, una volta compilato, deve essere inviato al Fondo Pensione tramite una delle seguenti modalità:

- Posta ordinaria (SENZA PINZATURE METALLICHE) indirizzata a:
Fondo Aggiuntivo Pensioni per il Personale del Banco di Sardegna Via IV Novembre n. 27 07100 Sassari (SS).
- Email all'indirizzo: fap@fabds.it

Dati personali aderente

| | | | |
|-------------------------------|--|--------------------------------------|--------|
| Il/la sottoscritto/a Cognome: | | Nome: | |
| Codice Fiscale: | | | |
| Nato/a a: | | prov: | il: |
| Residente a: | | prov: | c.a.p. |
| Via/Piazza: | | n: | |
| Tel/cell: | | E-mail: | |
| Matricola aziendale: | | Numero iscrizione al fondo pensione: | |

Dichiara:

di aver eseguito a titolo di contribuzione volontaria in data _____ un versamento di € _____

di aver disposto a titolo di contribuzione volontaria un versamento periodico di € _____ come da allegata copia dispositiva. **In tale casistica il modulo dovrà essere inviato solo all'atto della disposizione iniziale.**

Istruzioni per il versamento

Il versamento dovrà essere eseguito sul conto corrente intestato a :
Fondo Aggiuntivo Pensioni per il Personale del Banco di Sardegna
IBAN: IT87N0101517203000070342533
Causale di versamento: CONTRVOL seguito da Codice Fiscale, Cognome e Nome dell'aderente.

Documenti da allegare

1. copia dispositiva dell'ordine di bonifico/bonifico continuativo

Luogo _____ **Data** _____ **Firma** _____