

Fondo Pensione Complementare a Capitalizzazione per i lavoratori dipendenti dell'industria della ceramica e di materiali refrattari

Sede legale e amministrativa: Via Mazzini 335/9 - 41049 Sassuolo (MO) Tel: 0536 980420 - Fax: 0536 980421 e-mail: info@foncer.it - sito Internet: www.foncer.it

DESIGNAZIONE BENEFICIARIO IN CASO DI MORTE



Cognome									ī	7	٦r															ī	1								ſ		
Nome	H	П			H				ï	╬	╬	╗					П			Ή	۳			Н				'n	ï	Se	ess	0	F	М		H	1
Codice fiscale		П			H			F	r	╬	╬	╬										D	ata	di	na	sci	ta	T	╁	7.	Γ	ī	٦.			H	
₋uogo di nascita	H	П			П				ï	╬	Ť	٦ï																r	Ť	Ť	┪	Pi	rov	ind	ia	H	
ndirizzo di residenza		П			П			F	Ħ	Ť	Ť	٦ŀ							F	Ħ	Ħ	Г					N	lur	n.	Ci	vic					H	
Comune		Π			\Box				ï	Ť	Ť	٦ï								Ϊ	ï			C	ΑP	Έ		Г					rov	ind	cia	ī	
Γelefono		П			П				T	Ť	Ī,	Prin	na i	iscr	izio	ne a	a foi	rme	ne	nsi	onis	tich	e co				ari (face	oltat	tivo	١٠				·		
che in ca	ıso di	dec	es	so	prin					sioi	naı	me	nto		esi						io/i tivo		lla _l	oro	pria	а р	osi	zic	one	p p	res	ssc)				
Cognome						Nome																															
Codice fiscale												Sesso M F Data di nascita																					-				
Luogo di nascita											Р	Provincia di nascita																									
Indirizzo di residenza	ì										CAP																										
Comune di residenza	a										Provincia di residenza																										
Telefono		Percentuale di b										be	nef	icic)		Ó	%																			
Cognome													N	on	ne																						
Codice fiscale												Sesso M F Data di nascita																									
Luogo di nascita											Ρ	rov	inc	ia	di ı	nas	scit	ta																			
Indirizzo di residenza						CAP																															
Comune di residenza					Provincia di residenza																																
Telefono											Percentuale di beneficio							ò	%																		
Cognome						Nome																															
Codice fiscale							Sesso M F Data di nascita																														
Luogo di nascita								Provincia di nascita																													
									CAP																												
Comune di residenza								Provincia di residenza																													
Telefono							Percentuale di beneficio								Q	%																					

Data			- 🔲 🔲		Firma dell' aderente	
------	--	--	-------	--	----------------------	--