

[da riportare sulla vostra carta intestata]

Alla CNPR

Oggetto: procedura aperta per l'affidamento dei servizi di copertura assicurativa per la stipula di una Polizza Rimborso spese Mediche a favore degli iscritti e dei dipendenti dell'Associazione Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza a favore dei Ragionieri e Periti Commerciali, ai sensi degli articoli 59 e 60 del D. Lgs. n. 18 aprile 2016 n.50.
Codice CIG: 8381988B4E

Il/La sottoscritto/a _____
codice fiscale _____ nato/a a _____
il _____ e residente a _____ (indirizzo)

in qualità di legale rappresentante della società/titolare della ditta individuale (1)

al fine del rilascio del Documento Unico di Regolarità Contributiva Durc, comunica i seguenti dati relativi alla società/ditta (1):

IMPRESA

Codice fiscale _____ E-mail _____
Pec _____

Denominazione / ragione sociale _____

Sede legale nel Comune di _____
Indirizzo _____

Sede operativa nel Comune di _____
Indirizzo _____

Tipo Ditta: (2) _____ Numero dipendenti _____

Contratto collettivo nazionale di lavoro applicato: _____

ENTI PREVIDENZIALI

Inail: Codice ditta _____ Posizioni assicurative territoriali _____
Inps: Matricola azienda _____ Sede competente _____
Cassa edile: Codice impresa _____ Codice cassa _____

(Luogo e data)

(Firma)

(1) Cancellare la voce che non interessa

(2) Indicare la voce che interessa: **Datore di lavoro; Gestione Separata-Committente/Associante; Lavoratore Autonomo; Gestione separata-Titolare di reddito di lavoro autonomo di arte e professione.**