



Organo di Coordinamento RSA
BANCA NAZIONALE DEL LAVORO
Segreteria Centrale

e-mail: sab.pc@fabi.it

- Ai Segretari R.S.A. FABI -B.N.L.

Piacenza, 14/10/02

Accordo per l'agevolazione agli esodi 31.3.1998

Come a Voi noto i colleghi che utilizzano l'accordo in oggetto, pur non essendo più dipendenti BNL e pur non essendo ancora Pensionati, possono essere iscritti al nostro Sindacato. A tal fine Vi trasmettiamo fac-simile di autorizzazione di addebito dei contributi sindacali, così come previsto dal regolamento del succitato accordo 31.3.98, la quale diventa automaticamente delega di iscrizione alla FABI della quale fornirete copia al Vostro SAB.

Vi raccomandiamo di attivarVi nell'azione di proselitismo nei confronti di tutti i colleghi che utilizzano l'accordo per l'agevolazione all'esodo, invitandoVi alla massima precisione nell'indicazione dei dati richiesti

L'importo annuo forfettario indicato dalla Federazione è di **Euro 77,52- (6,46 x 12 mensilità) così suddivise:**

Euro 4,52 (quattro/52 centesimi) mensili

Beneficiario: F.A.B.I. SAB di(indicare il Sab di appartenenza)
Banca d'appoggio:(indicare le coordinate bancarie ABI.....
CAB..... C/C n..... corrispondenti al SAB);

Euro 1,94 (uno/94centesimi)- mensili

Beneficiario: **F.A.B.I. NAZIONALE - ROMA**
Banca d'appoggio: **BANCA INTESA BCI - AG.4 Piazza Porta Pia -00198 ROMA**
ABI 03069 CAB 5042 C/C n. 82080/10/18

Cordiali saluti.

La Segreteria Centrale

All. fac-simile autorizzazione addebito contributi sindacali

A: Spett.
 BANCA NAZIONALE DEL LAVORO SPA
 Filiale di _____ Agenzia n. _____

e, p.c.
 Spett.li
 ORGANIZZAZIONI SINDACALI DEI LAVORATORI

Oggetto: Autorizzazione permanente di addebito in conto per il pagamento di contributi sindacali alle "Organizzazioni Sindacali dei Lavoratori".

Il sottoscritto _____ con la presente Vi dà mandato di eseguire - esonerando la Banca dall'inviare la relativa contabile di addebito - il seguente ordine permanente di bonifico con decorrenza mensile a partire dal mese di _____

Conto da Addebitare : intestatario _____ C/C n. _____	Importo: Lit. _____ (_____)
--	--

Beneficiario: _____ _____	Importo:	Lit. _____ (_____)
Banca d'appoggio: Agenzia _____ ABI _____ CAB _____ C/C n. _____	V.F.Beneficiario: ultimo giorno di ciascun mese Causale: Pagamento contributi sindacali - Mese di _____	

Beneficiario: _____ _____	Importo:	Lit. _____ (_____)
Banca d'appoggio: Agenzia _____ ABI _____ CAB _____ C/C n. _____	V.F.Beneficiario: ultimo giorno di ciascun mese Causale: Pagamento contributi sindacali - Mese di _____	

Beneficiario:	_____	Importo:	Lit. _____ (_____)
Banca d'appoggio:	Agenzia _____ ABI _____ CAB _____ C/C n. _____	V.F. Beneficiario:	ultimo giorno di ciascun mese
		Causale:	Pagamento contributi sindacali - Mese di _____

Dichiara di essere a conoscenza che l'Azienda assume l'incarico a condizione che, al momento del pagamento, il conto corrente sia in essere ed assicurati disponibilità sufficienti e che non sussistano ragioni che ne impediscano l'utilizzo; in caso contrario l'Azienda di credito non provvederà ad eseguire l'addebito in conto e conseguentemente resterà esonerata da ogni e qualsiasi responsabilità inerente al mancato pagamento dei contributi in questione.

La presente autorizzazione deve considerarsi tacitamente rinnovata di anno solare in anno solare, salvo revoca da comunicare all'Azienda di credito in tempo utile rispetto alla prima scadenza mensile successiva prevista per il pagamento.

Data

Firma

"BNL1410"