MODULO DI ADESIONE A MEDI-PREV
FONDO SANITARIO INTEGRATIVO DEL SSN

Il/La Sottoscritto/a							
Nato/a a		*il*		*Cod. Fiscale*			
Residente a		*Via*				*CAP*	
Tel.		*Cell.*		*e-mail*			

Titolare/ Legale rappresentante dell'Impresa

Ragione Sociale				*Forma Giuridica*			
Via		*CAP*		*Comune*		*Prov.*	
Codice Fiscale		*P. IVA*		N. dipendenti			
N. iscrizione CCIAA		*Matr. INPS*		ATECO			
Tel.		*Fax*		*e-mail*		*PEC*	

Informazioni Generali

Mese/Anno Primo Versamento A Favore del Fondo Sanitario Medi-Prev	____/____
L'azienda risulta attualmente versante verso altro Fondo Sanitario	**Si** ☐ **No** ☐
Se risposto SI: indicare il Fondo Sanitario Precedente	

Chiede l'iscrizione a Medi-Prev e al seguente piano sanitario (barrare la casella):

- ☐ Piano Sanitario Industrie Metalmeccaniche: 12,50 €/mese per 12 mensilità a carico azienda
- ☐ Piano Sanitario Imprese Artigiane: 10,00 €/mese per 12 mensilità a carico azienda
- ☐ Piano Sanitario servizi di pulizia e servizi integrati/Multiservizi: 6,00 €/mese per 12 mensilità a carico azienda
- ☐ Piano Sanitario Vigilanza Privata e Servizi Fiduciari: 10,00 €/mese per 12 mensilità a carico azienda
- ☐ Piano Sanitario Terziario, Commercio, Distribuzione Moderna Organizzata: 14,00 €/mese per 12 mensilità a carico azienda
- ☐ Piano Sanitario Logistica e Trasporti: 12,00 €/mese per 12 mensilità a carico azienda
- ☐ Piano Sanitario Turismo, Pubblici Esercizi, Lavoratori dello Sport, Autoscuole, Imprese Viaggi e Turismo, Attività Funebre, Farmacie Speciali, Ortofrutta: 11,50 €/mese per 12 mensilità a carico azienda
- ☐
- ☐ Piano Sanitario Industrie dei settori Industrie Calzature, Concia e Giocattoli: 13,00€/mese per 12 mensilità a carico azienda
- ☐ Piano Sanitario Industrie dei settori Tessile, Abbigliamento, Pelle e Cuoio: 16,50 €/mese per 12 mensilità a carico azienda
- ☐ Piano sanitario Industrie Grafiche-Editoriali: 12,00 €/mese per 12 mensilità a carico azienda
- ☐ Piano Sanitario Igiene ambientale: 27,00 €/mese per 12 mensilità a carico azienda
- ☐ Piano Sanitario Centri elaborazioni Dati: 16,00 €/mese per 12 mensilità a carico azienda
- ☐ Piano Sanitario Industrie Panificazione e Affini: 13,50 €/mese per 12 mensilità a carico azienda
- ☐ Piano Sanitario Piccole Industrie: 10,00 €/mese per 12 mensilità a carico azienda
- ☐ Piano Sanitario Piccole Industrie metalmeccaniche: 8,00 €/mese per 12 mensilità a carico azienda
- ☐ Piano Sanitario studi professionali: 17,00 €/mese per 12 mensilità a carico azienda
- ☐ Piano Sanitario Lavoratori Domestici: € 0,06/ per ora lavorata da corrispondersi trimestralmente con bonifico
- ☐ Piano Sanitario Diporto Privato: quota € 250,00/anno da corrispondersi con bonifico
- ☐ Piano Sanitario Laboratori Privati - Poliambulatori - Sanità: 16,00 €/mese per mensilità a carico azienda

MODALITA' DI VERSAMENTO DA COMUNICARE AL CONSULENTE PAGHE

Istruzioni per compilazione F24:

I datori di lavoro devono, in sede di compilazione del modello di versamento "F24" distintamente dai dati relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali obbligatori, la causale "CLIS" esposta nella sezione "INPS", nel campo "causale contributo", in corrispondenza, esclusivamente, del campo "importi a debito versati". Inoltre nella stessa sezione:

- nel campo "codice sede" va indicato il codice della sede INPS competente;
- nel campo "matricola INPS/codice INPS/filiale azienda" è indicata la matricola INPS dell'azienda;
- nel campo "periodo di riferimento", nella colonna "da mm/aaaa" è indicato il mese e l'anno di competenza, nel formato MM/AAAA; la colonna "a mm/aaaa" non deve essere valorizzata.

Istruzioni per compilazione UniEmens:

I datori di lavoro compileranno il flusso Uniemens nel seguente modo: all'interno di <DenunciaIndividuale>, <DatiRetributivi>, <DatiParticolari>, valorizzeranno l'elemento <ConvBilat> inserendo nell'elemento <Conv> in corrispondenza di <CodConv> il valore "CLIS" e in corrispondenza dell'elemento <Importo> l'importo, a livello individuale, del versamento effettuato nel mod.F24 con il corrispondente codice.

L'elemento <Importo> contiene l'attributo <Periodo> in corrispondenza del quale va indicato il mese di competenza del versamento effettuato con F24, espresso nella forma "AAAA-MM".

La sottoscritta Azienda chiede di iscriversi a MEDI-PREV accettando le condizioni generali di cui allo statuto e relativi regolamenti.

Luogo e data _____ Firma

_____

Ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196 del 30/06/03 e GDPR si esprime il consenso al trattamento dei dati personali contenuti nel presente modulo e alla loro comunicazione.

Firma

_____