

Via Flavia, 3 - 00187 Roma

Tel.: 06.47.82.48.58 - 06.47.82.50.83

Fax: 06.47.82.46.03 - sito web: [www.filcoopsanitario.it](http://www.filcoopsanitario.it)

e-mail: [info@filcoopsanitario.it](mailto:info@filcoopsanitario.it) - pec: [filcoopsanitario@pec.it](mailto:filcoopsanitario@pec.it)

Spett.le  
Aziende di Lavorazione della Foglia  
di Tabacco Secco allo Stato Sciolto

LORO SEDE

Roma li, 01/12/2018

**Oggetto:** quota annuale F.I.L.COOP. Sanitario - Anno 2019.

Con la presente desideriamo informare che il termine per il pagamento della causale in oggetto è il 31 gennaio 2019.

Inoltre, si coglie l'occasione per ricordare che possono essere iscritti al F.I.L.COOP. Sanitario i dipendenti a tempo determinato ed a tempo indeterminato.

Se questi lavoratori verranno assunti o decidono di aderire durante l'anno, l'iscrizione decorrerà:

- dal primo giorno del mese successivo all'assunzione/adesione per i dipendenti a tempo indeterminato;
- dal 1 gennaio dell'anno solare in corso per gli operai a tempo determinato.

Qualora i lavoratori non volessero aderire al Fondo integrativo l'azienda dovrà inviare, nei termini di 30 (trenta) giorni dalla data di assunzione, copia della disdetta scritta su propria carta intestata e sottoscritta dal dipendente.

Il versamento/rinnovo al F.I.L.COOP. Sanitario dovrà essere effettuato unicamente tramite M.Av. bancario nell'area riservata del sito.

Il M.Av. bancario dovrà essere pagato, senza nessun costo aggiuntivo per l'utente, presso un qualsiasi sportello della rete interbancaria.

Le Aziende, che non sono ancora in possesso delle credenziali d'accesso, per attivare tale procedura dovranno comunicare tramite e-mail al nostro indirizzo [info@filcoopsanitario.it](mailto:info@filcoopsanitario.it) la propria ragione sociale, la partita iva o il codice fiscale e una e-mail di riferimento che verrà utilizzata come **username** per l'accesso al portale [www.filcoopsanitario.it](http://www.filcoopsanitario.it).

Dal portale, dopo aver verificato sia la correttezza del numero dei dipendenti attivi al Fondo integrativo (nella sezione [iscritti](#)) sia l'importo calcolato in base agli iscritti associati, sarà possibile stampare direttamente il bollettino M.Av. .

**Le quote d'iscrizione sono rimaste invariate:**

Tipologia formula	Categorie assistite	Importo iscritto	Importo azienda	Importo totale
Formula A	Dipendenti a tempo indeterminato	€ 0,00	€ 52,00	€ 52,00
Formula A + C	Dipendenti a tempo indeterminato	€ 124,00	€ 52,00	€ 176,00
Formula OTD	Dipendenti a tempo determinato	€ 0,00	€ 36,00	€ 36,00
Formula OTD + C	Dipendenti a tempo determinato	€ 124,00	€ 36,00	€ 160,00

L'importo a carico del lavoratore sarà trattenuto in busta paga in rate mensili sotto la voce "F.I.L.COOP. Sanitario".  
Si resta a disposizione per eventuali chiarimenti e con l'occasione porgiamo i nostri più Cordiali saluti

Il Presidente  
(Sabina Valentini)