

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

e-mail: info@filcoopsanitario.it - pec: filcoopsanitario@pec.it

Spett.le
Cooperativa di Trasformazione

LORO SEDE

Roma li, 01/12/2018

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

Con la presente desideriamo informare che il termine per il pagamento della causale in oggetto è sempre il 16 del mese successivo al periodo di competenza.

Inoltre, si coglie l'occasione per ricordare che possono essere iscritti al F.I.L.COOP. Sanitario i dipendenti a tempo indeterminato ed a tempo determinato con contratto pari o superiore a 9 (nove) mesi nell'arco dell'anno solare.

Se questi lavoratori verranno assunti durante l'anno l'iscrizione decorrerà dal primo giorno del mese successivo all'assunzione mentre, in caso di cessazione del rapporto di lavoro, il diritto alle prestazioni cessa alla fine del mese per il quale è stato effettuato l'ultimo versamento della contribuzione.

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 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.

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 T	Dipendenti a tempo indeterminato	€ 0,00	€ 13,00	€ 13,00
Formula T	Dipendenti a tempo determinato con contratto pari o superiore a 9 (nove) mesi nell'arco dell'anno solare	€ 0,00	€ 10,00	€ 10,00

Si resta a disposizione per eventuali chiarimenti e con l'occasione porgiamo i nostri più Cordiali saluti

Il Presidente
(Sabina Valentini)