



WECHSELSEITIGE HILFSGESELLSCHAFT
SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO

Erforderliche Unterlagen und Informationen bei Vertragsabschluss – Documenti ed informazioni necessari per stipula del contratto

(bitte in Druckschrift ausfüllen / prego compilare in stampatello)

Betrieb/Azienda

Name des Betriebes
Nome dell'Azienda _____

Sitz des Betriebes (Straße) _____ PLZ _____ Gemeinde _____ Provinz _____
Sede dell'azienda (Via) _____ CAP _____ Comune _____ Provincia _____

MwSt.Nr./Steuernummer
P.IVA/Cod.Fisc. _____ Tel _____ Mail _____

Ansprechperson im Betrieb
Persona di riferimento _____ Tel _____ Mail _____

Gesetzlicher Vertreter (Nachname Name) _____ Steuernummer _____
Legale rappresentante (Cognome Nome) _____ Codice fiscale _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____ Provinz _____ Staat _____
Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Provincia _____ Nazione _____

Wohnhaft in (Straße) _____ PLZ _____ Gemeinde _____ Provinz _____
Residente in (Via) _____ CAP _____ Comune _____ Provincia _____

Informationen für den Beitritt/Informazioni per l'adesione

1) Welcher Kollektivvertrag kommt für den Betrieb zur Anwendung?
Quale contratto collettivo viene applicato per l'azienda? _____

2) Sieht der NAKV einen ergänzenden Gesundheitsfonds vor?
È previsto un fondo salute integrativo nel CCNL? Ja/Sì Nein/No

Wenn ja, wie sieht dieser aus?
Se sì, come è definito? _____

3) Besteht in Ihrem Betrieb bereits ein ergänzender Gesundheitsfonds?
Esiste nell'azienda già un fondo sanitario integrativo? Ja/Sì Nein/No

Wenn ja, bei welchen Fonds und wie sieht dieser aus?
Se sì, in quale fondo e come è definito? _____

4) Besteht ein Betriebsrat?
Esiste un R.S.U. interna? Ja/Sì Nein/No

5) Name des Arbeitsrechtsberaters bzw. Lohnbüros
Nome del consulente di lavoro ossia ufficio paghe _____

6) Fonds für den sich der Betrieb interessiert
L'azienda si interessa di iscriversi al fondo _____

7) Einschreibedatum bei Mutual Help
Data iscrizione in Mutual Help _____

