< ENTE BILATERALE REGIONALE LOMBARDO
delle agenzie di viaggi e aziende ricettive all'aria aperta >

SCHEDA DI ADESIONE

(da restituire timbrata e firmata)

Ragione Sociale	
Denominazione	
Sede in	
Via	**N**
Cap	**Tel**
Fax	**E-Mail**
Tipo di attività	
GDS: SABRE AMADEUS GALILEO WORLDSPAN	
L'azienda è organizzata: unica sede più filiali sul territorio	
N. partita IVA	N. matricola INPS
Numero dei dipendenti in forza	
Quadro A/B I Liv. □ II Liv. □ III Liv. □ IV Liv. □ V Liv. □	
VI Liv. □ VI Liv Super□ VII Liv. □ apprendisti□ **Totale**	
Quali corsi di formazione dell'EBRL prevede di utilizzare: (segnare con una crocetta)	
operatività IATA	
aree amministrativa/fiscale	
comunicazione/marketing	
gestione risorse umane/organizzazione	
sicurezza nei luoghi di lavoro	
HACCP	
antincendio	
informatica	
lingue straniere (specificare quale)	
visual per adv (vetrinistica)	
geografia turistica	
Altro (indicare)	

Formula di consenso

Il/la sottoscritto/a ……

nella qualità di ……dell'impresa, acconsento al trattamento dei dati sensibili ai sensi del Testo Unico in materia di Privacy (d.Lgs. 30 giugno 2003, n.196) nella misura necessaria per il conseguimento degli scopi dell'iniziativa.

Data	Timbro e firma

MODALITÀ DI VERSAMENTO

- Bonifico bancario

C/c 5739116 abi 03069 cab 01798 Cin U
Banca Intesa Spa, C.so Venezia 20121 Milano
IBAN IT27U0306901 7980 00005739 116

C/c 61310 abi 05584 cab 01600 Cin E
Banca popolare di Milano Sede, P.zza Meda 4 20121 Milano
IBAN IT54 E 05584 01600 000000061310 BIC BPMIITMM300

Intestato a: Ente Bilaterale Regionale Lombardo delle agenzie di viaggi e aziende ricettive all'aria aperta
specificando: nome dell'agenzia di viaggi/azienda ricettiva all'aria aperta e mese/anno a cui si riferisce il pagamento.

- Modello F24

Indicare nella SEZIONE INPS, i dati per il versamento dei contributi associativi:
(distintamente dai dati relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali obbligatori)

- campo "codice sede": codice della sede INPS territorialmente competente
- campo "causale contributo": **EBTU**
- campo "matricola INPS": matricola azienda interessata
- periodo di riferimento
- importo del contributo

Si prega di inviare copia del bonifico o Mod. F24 al fax 02.66797259 specificando: dati dell'Azienda, indirizzo, numeri telefonici, fax ed e-mail di riferimento per l'invio delle comunicazioni sulle iniziative dell'EBRL.
Inoltre vi chiediamo di inviarci, debitamente compilata, la scheda allegata per poterci permettere di aggiornare l'archivio e programmare le future iniziative formative.
La Segreteria rimane a Vostra disposizione per qualsiasi chiarimento e suggerimento utile a migliorare il servizio offerto.

L'occasione è gradita per porgere cordiali saluti.