

Dr./Dr.ssa _____

Via _____

_____ - _____

**Spett. ENPAF
Ufficio Contributi
Viale Pasteur, 49
00144 – ROMA**

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa _____,

nato/a a _____ il _____,

regolarmente iscritto/a all'Ordine dei farmacisti della Provincia di Matera e al Vostro Ente, con la presente chiede un calcolo-proiezione del proprio trattamento pensionistico Enpaf maturato alla data odierna o se possibile al futuro compimento dell'età pensionabile.

In attesa di cortese riscontro, si ringrazia anticipatamente e si porgono distinti saluti.

Luogo e data _____

Firma

Allegati:

Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità.