

Richiesta di risoluzione di fine anno

N. di affiliazione: _____ Datore di lavoro / Medico indipendente: _____

Dati del contratto

Ragione sociale _____

Indirizzo _____

Telefono _____ E-mail _____

Nome e cognome della persona responsabile _____

Data di risoluzione

Data di risoluzione _____ 31 dicembre _____

Si tratta di una risoluzione a titolo conservativo? sì no

Sarebbe interessato/a a ricevere una nuova offerta tariffaria dalla
Fondazione AROMED per il 1° gennaio dell'anno successivo? sì no

Indicazioni riguardanti la resiliazione

Se ha del personale, ha informato i dipendenti in anticipo della risoluzione? sì no

Il personale accetta la risoluzione? sì no

Lei e/o il suo personale godete della piena capacità di lavoro? sì no

Desidera rimanere membro dell'Associazione dei medici della Svizzera romanda (AROMED)? sì no

Nome del suo consulente _____

Coordinate bancarie per il versamento al nuovo istituto di previdenza

Le coordinate bancarie per il trasferimento le saranno comunicate in seguito

Le coordinate bancarie per il trasferimento già note:

Nome dell'istituto di previdenza _____

Indirizzo _____

Nome e indirizzo della banca _____

IBAN / Numero di conto _____

Nome / Indirizzo del nuovo datore di lavoro _____

Si prega di allegare una polizza di versamento o un documento relativo al trasferimento della prestazione di uscita proveniente dal nuovo istituto di previdenza.



Questionario di soddisfazione

1. La risoluzione fa seguito alle raccomandazioni del suo consulente? sì non
2. La risoluzione è dovuta al fatto che la concorrenza le offre tariffe e/o servizi più vantaggiosi? sì non
3. È globalmente soddisfatto/a del suo consulente? sì non
4. È globalmente soddisfatto/a della sua esperienza con la Fondazione AROMED? sì non
5. Raccomanderebbe la Fondazione AROMED ai suoi colleghi? sì non
6. Ha commenti, suggerimenti o proposte di miglioramento da condividere con la Fondazione AROMED?

Luogo e data

Timbro e firma del datore di lavoro

Luogo e data

Cognome, nome e firma del rappresentante dei dipendenti*

** Se il datore di lavoro o il lavoratore indipendente ha il suo personale affiliato alla Fondazione AROMED, il rappresentante dei dipendenti deve dare il suo consenso con la sua firma per convalidare la risoluzione del contratto.*

