

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

PROV.

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

8 2 0 0 1 5 1 0 4 9 2

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

DATI ANAGRAFICI

data di nascita: giorno mese anno; sesso (M o F); comune (o Stato estero) di nascita; prov.;

DOMICILIO FISCALE CAMPO NELL'ELBA

L I PIAZZA DANTE ALIGHIERI 1

CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare

codice identificativo

SEZIONE ERARIO ED ALTRO

codice ufficio

codice atto

K V T

| tipo | elementi identificativi | codice | anno di riferimento | importi a debito versati |
|------|-------------------------|---------|---------------------|--------------------------|
| R | | T 9 1 T | 2022 | 59,00 |
| R | M A N C A R E P . | T 9 1 T | 2022 | 90,00 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

SALDO FINALE

EURO + 149,00

ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)

DATA (giorno, mese, anno) | **CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE** (AZIENDA, CAB/SPORTELO)

Pagamento effettuato con assegno bancario/postale | circolare/vaglia postale
 n.ro _____
 tratto / emesso su _____
 cod. ABI _____ CAB _____

MOD. F24 - VERSAMENTI CON ELEMENTI IDENTIFICATIVI - 2009 EURO

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

PROV.

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 8 2 0 0 1 5 1 0 4 9 2

cognome, denominazione o ragione sociale nome

DATI ANAGRAFICI

data di nascita sesso (M o F) comune (o Stato estero) di nascita prov.

giorno mese anno comune prov. via e numero civico

DOMICILIO FISCALE CAMPO NELL'ELBA

L I PIAZZA DANTE ALIGHIERI 1

CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare

codice identificativo

SEZIONE ERARIO ED ALTRO

codice ufficio **K V T** codice atto

| tipo | elementi identificativi | codice | anno di riferimento | importi a debito versati |
|------|-------------------------|---------|---------------------|--------------------------|
| R | | T 9 1 T | 2022 | 59,00 |
| R | M A N C A R E P . | T 9 1 T | 2022 | 90,00 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

SALDO FINALE
EURO + 149,00

ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)

DATA CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

giorno mese anno AZIENDA CAB/SPORTELO

Pagamento effettuato con assegno bancario/postale

n.ro circolare/vaglia postale

tratto / emesso su _____
cod. ABI _____ CAB _____

MOD. F24 VERSAMENTI CON ELEMENTI IDENTIFICATIVI - 2009 EURO