

DELEGA IRREVOCABILE A:

**MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO**

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

**CONTRIBUENTE**

**CODICE FISCALE**

8 2 0 0 1 5 1 0 4 9 2

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

**DATI ANAGRAFICI**

COMUNE DI CAMPO NELL'ELBA

data di nascita

sexso (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

codice atto

J 3 3

tipo

elementi identificativi

codice

anno di riferimento

importi a debito versati

R 2 0 2 1 Y 0 0 0 2 3 2 0 1 2 0 2 3 MA11 2023 3377,50

**FIRMA**

**SALDO FINALE**

EURO +

3377,50

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

DATA

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

Pagamento effettuato con assegno

bancario/postale

n.ro

circolare/vaglia postale

tratto / emesso su

cod. ABI

CAB

Autorizzo addebito su

conto corrente bancario n°

cod. ABI

CAB

firma