



DELEGA IRREVOCABILE A:

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 ELBA

Dati riservati all'ufficio

0 0 0 0 0 9 0 1 7 8 0 3 9 7 9 7 8 4

1.085,62

MOTIVO DEL PAGAMENTO

codice tributo

ADEM

anno di riferimento

2024

importo a debito

1.085,62

codice atto

90178039799

Periodo di Riferimento : Dal 01/10/2024 AI 31/03/2025

Data Scadenza : 30/09/2024

Causale : LID0057 (UTSPRI01035876000) CANONE

Barrire in caso di versamento da parte di erede, genitore, tutore o curatore fallimentare

ESTREMI DEL VERSAMENTO

(DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO)

Pagamento effettuato con assegno n°

bancario/postale

tratto/emesso su

ABI

CAB

circolare/vaglia postale

DATA

CODICE BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO

AZIENDA

CAB/SPORTELLO

giorno

mese

anno

CODICE BARRE



DELEGA IRREVOCABILE A:

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 ELBA

Dati riservati all'ufficio

0 0 0 0 0 9 0 1 7 8 0 3 9 7 9 7 8 4

1.085,62

MOTIVO DEL PAGAMENTO

codice tributo

ADEM

anno di riferimento

2024

importo a debito

1.085,62

codice atto

90178039799

Periodo di Riferimento : Dal 01/10/2024 AI 31/03/2025

Data Scadenza : 30/09/2024

Causale : LID0057 (UTSPRI01035876000) CANONE

FIRMA

Autorizzo addebito su

c/c bancario/postale n°

ABI

CAB

Firma

Barrire in caso di versamento da parte di erede, genitore, tutore o curatore fallimentare

ESTREMI DEL VERSAMENTO

(DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO)

Pagamento effettuato con assegno n°

bancario/postale

tratto/emesso su

ABI

CAB

circolare/vaglia postale

DATA

CODICE BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO

AZIENDA

CAB/SPORTELLO

giorno

mese

anno

CODICE BARRE



IMPORTANTE: NON SCRIVERE NELLA ZONA SOTTOSTANTE RISERVATA ALL'UFFICIO