

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA:

PROV

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

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

codice ufficio codice atto

DATI ANAGRAFICI

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

COMUNE DI CAMPO NELL'ELBA

data di nascita giorno mese anno

Sesso (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

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

codice identificativo

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 5 0 7 2 1

| sezione | codice tributo | codice ente | ravv. | immob. variati | acc. | saldo | numero immobili | rateazione/mese rif | anno di riferimento | Detrazione | importi a debito versati | importi a credito compensati |
|---------|----------------|-------------|-------|----------------|------|-------|-----------------|---------------------|---------------------|------------|--------------------------|------------------------------|
| EL | 3944 | B553 | | | | | 20 | 0203 | 2020 | | 6.613,00 | |

SALDO FINALE

EURO 6.613,00

DATA: giorno mese anno

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE AZIENDA CAB / SPORTELLO

Pagamento effettuato con assegno n.ro _____ bancario / postale circolare / vaglia

tratto / emesso su _____ cod. ABI CAB

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA:

PROV

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

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

codice ufficio codice atto

DATI ANAGRAFICI

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

COMUNE DI CAMPO NELL'ELBA

data di nascita giorno mese anno

Sesso (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

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

codice identificativo

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 5 0 7 2 1

| sezione | codice tributo | codice ente | ravv. | immob. variati | acc. | saldo | numero immobili | rateazione/mese rif | anno di riferimento | Detrazione | importi a debito versati | importi a credito compensati |
|---------|----------------|-------------|-------|----------------|------|-------|-----------------|---------------------|---------------------|------------|--------------------------|------------------------------|
| EL | 3944 | B553 | | | | | 20 | 0203 | 2020 | | 6.613,00 | |

EURO 6.613,00



Autorizzato addebito su c/c IBAN

DATA: giorno mese anno

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE AZIENDA CAB / SPORTELLO

Pagamento effettuato con assegno n.ro _____ bancario / postale circolare / vaglia

tratto / emesso su _____ cod. ABI CAB

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA:

PROV

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

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

codice ufficio codice atto

DATI ANAGRAFICI

COMUNE DI CAMPO NELL'ELBA

data di nascita giorno mese anno sesso (M o F) comune (o Stato estero) di nascita

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

codice identificativo

Table with columns: sezione, codice tributo, codice ente, ravv., immob. variati, acc., saldo, numero immobili, rateazione/mese rif, anno di riferimento, Detrazione, importi a debito versati, importi a credito compensati. Values: EL, 3944, B553, 20, 0103, 2020, 6.614,00.

EURO 6.614,00

DATA giorno mese anno CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE AZIENDA CAB / SPORTELLO

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

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA:

PROV

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

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

codice ufficio codice atto

DATI ANAGRAFICI

COMUNE DI CAMPO NELL'ELBA

data di nascita giorno mese anno sesso (M o F) comune (o Stato estero) di nascita

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

codice identificativo

Table with columns: sezione, codice tributo, codice ente, ravv., immob. variati, acc., saldo, numero immobili, rateazione/mese rif, anno di riferimento, Detrazione, importi a debito versati, importi a credito compensati. Values: EL, 3944, B553, 20, 0103, 2020, 6.614,00.

EURO 6.614,00

Handwritten signature in blue ink.



Autorizzato addebito su c/c IBAN

DATA giorno mese anno CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE AZIENDA CAB / SPORTELLO

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