
PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CODICE FISCALE

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32

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

codice identificativo

SEZIONE ERARIO ED ALTRO

codice ufficio

codice atto

[illegible]

tipo

elementi identificativi

codice

anno di
riferimento

importi a debito versati

[illegible]**FIRMA**

© 2006 The Authors
Journal compilation © 2006 Blackwell Publishing Ltd

SALDO FINALE

EURO +

16.00

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

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno <input type="checkbox"/> bancario/postale <input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
			AZIENDA	CAB/SPORTELLLO	
giorno	mese	anno			n.ro _____ tratto / emesso su _____
					<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> cod. ABI CAB </div>

Autorizzo addebito su
conto corrente bancario n° _____ cod. ABI _____ CAB _____ firma _____

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

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

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

codice identificativo

SEZIONE ERARIO ED ALTRO

codice ufficio

codice atto

tipo

elementi identificativi

codice

anno di riferimento

importi a debito versati

G - A 0 2 0 D 8 1 9 A 8

2 5 0 1

2023

16,00

SALDO FINALE

EURO +

16,00

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

DATA

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

AZIENDA

CAB/SPORTELLO

giorno

mese

anno

Pagamento effettuato con assegno

☐ bancario/postale

n.ro

☐ circolare/vaglia postale

tratto / emesso su

cod. ABI

CAB

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CODICE FISCALE

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32

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

codice identificativo

1

SEZIONE ERARIO ED ALTRO

codice ufficio

	1	2
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		
49		
50		
51		
52		
53		
54		
55		
56		
57		
58		
59		
60		
61		
62		
63		
64		
65		
66		
67		
68		
69		
70		
71		
72		
73		
74		
75		
76		
77		
78		
79		
80		
81		
82		
83		
84		
85		
86		
87		
88		
89		
90		
91		
92		
93		
94		
95		
96		
97		
98		
99		
100		

codice atto

| | | | | | | | | |

tipo

elementi identificativi

codice

anno di
riferimento

importi a debito versati

[illegible]

SALDO FINALE

EURO +

16.00

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

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

Pagamento effettuato con assegno

☐ bancario/postale
☐ circolare/vaglia postale

n.ro

tratto / emesso su

cod. ABI

CAB