



**MODELLO DI PAGAMENTO:
TASSE, IMPOSTE, SANZIONI
E ALTRE ENTRATE**

1. VERSAMENTO DIRETTO AL CONCESSIONARIO DI

2. DELEGA IRREVOCABILE A

AGENZIA/UFFICIO _____ PROV. _____

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

3. NUMERO DI RIFERIMENTO (*)

DATI ANAGRAFICI

4. COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	NOME <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	DATA DI NASCITA <table style="width: 100%;"><tr><td style="width: 33%;">giorno</td><td style="width: 33%;">mese</td><td style="width: 33%;">anno</td></tr><tr><td><div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div></td><td><div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div></td><td><div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div></td></tr></table>	giorno	mese	anno	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>
giorno	mese	anno						
<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>						
SESSO M o F <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></div>	COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	PROV. <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></div>						
	CODICE FISCALE <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>							

5. COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI PARMA	NOME <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	DATA DI NASCITA <table style="width: 100%;"><tr><td style="width: 33%;">giorno</td><td style="width: 33%;">mese</td><td style="width: 33%;">anno</td></tr><tr><td><div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div></td><td><div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div></td><td><div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div></td></tr></table>	giorno	mese	anno	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>
giorno	mese	anno						
<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>						
SESSO M o F <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></div>	COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE VIA GRAMSCI 14	PROV. P R						
	CODICE FISCALE 0 1 8 7 4 2 4 0 3 4 2							

DATI DEL VERSAMENTO

6. UFFICIO O ENTE <table style="width: 100%;"><tr><td style="width: 15%;">R 7 Y <small>codice</small></td><td style="width: 15%;"><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></div> <small>sub. codice (*)</small></td></tr></table>	R 7 Y <small>codice</small>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></div> <small>sub. codice (*)</small>	7. COD. TERRITORIALE (*) <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px;"></div>	8. CONTENZIOSO <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></div>	9. CAUSALE <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px;"></div>	10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO <table style="width: 100%;"><tr><th style="width: 33%;">Anno</th><th style="width: 66%;">Numero</th></tr><tr><td><div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px;"></div></td><td><div style="border: 1px solid black; width: 70px; height: 15px;"></div></td></tr></table>	Anno	Numero	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 70px; height: 15px;"></div>
R 7 Y <small>codice</small>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></div> <small>sub. codice (*)</small>									
Anno	Numero									
<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 70px; height: 15px;"></div>									

11. CODICE TRIBUTO

4 5 6 T

12. DESCRIZIONE (*)

IMPOSTA DI BOLLO

13. IMPORTO

	16, 0 0
	,
	,
	,
	,
	,
	,
	,
	,
	16, 0 0

14. COD. DESTINATARIO

PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO

16, 0 | 0

EURO (lettere)

ESTREMI DEL VERSAMENTO

(DA COMPILARE A CURA DEL CONCESSIONARIO, DELLA BANCA O DELLE POSTE)

DATA	CODICE CONCESSIONE/BANCA/POSTE							
	AZIENDA	CAB/SPOTELLO						
<table style="width: 100%;"><tr><td style="width: 33%;">giorno</td><td style="width: 33%;">mese</td><td style="width: 33%;">anno</td></tr><tr><td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></div></td><td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></div></td><td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></div></td></tr></table>	giorno	mese	anno	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>
giorno	mese	anno						
<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></div>						

FIRMA

Autorizzo addebito sul conto corrente bancario

n. _____ / _____

cod. ABI CAB

firma _____



**MODELLO DI PAGAMENTO:
TASSE, IMPOSTE, SANZIONI
E ALTRE ENTRATE**

1. VERSAMENTO DIRETTO AL CONCESSIONARIO DI

2. DELEGA IRREVOCABILE A

AGENZIA/UFFICIO PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

3. NUMERO DI RIFERIMENTO (*)

DATI ANAGRAFICI

4. COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE NOME DATA DI NASCITA
 SESSO M o F COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE PROV. CODICE FISCALE
giorno mese anno

5. AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI PARMA COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE NOME DATA DI NASCITA
 SESSO M o F COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE PROV. CODICE FISCALE
giorno mese anno
 VIA GRAMSCI 14 P R 0 1 8 7 4 2 4 0 3 4 2

DATI DEL VERSAMENTO

6. UFFICIO O ENTE 7. COD. TERRITORIALE (*) 8. CONTENZIOSO 9. CAUSALE 10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO
Anno Numero
 R 7 Y

11. CODICE TRIBUTO	12. DESCRIZIONE (*)	13. IMPORTO	14. COD. DESTINATARIO
4 5 6 T	IMPOSTA DI BOLLO	16, 0 0	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO

16, 0 | 0

EURO (lettere)

ESTREMI DEL VERSAMENTO

(DA COMPILARE A CURA DEL CONCESSIONARIO, DELLA BANCA O DELLE POSTE)

DATA	CODICE CONCESSIONE/BANCA/POSTE	
	AZIENDA	CAB/SPORELLLO
giorno mese anno	<input type="text"/>	<input type="text"/>



MODELLO DI PAGAMENTO: TASSE, IMPOSTE, SANZIONI E ALTRE ENTRATE

1. VERSAMENTO DIRETTO AL CONCESSIONARIO DI

--

2. DELEGA IRREVOCABILE A

--

AGENZIA/UFFICIO

	PROV.
--	-------

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

3. NUMERO DI RIFERIMENTO (*)

--

DATI ANAGRAFICI

4. COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE	NOME	DATA DI NASCITA
SESSO M o F	COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE	PROV.
		CODICE FISCALE
		giorno mese anno

5. AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI PARMA	NOME	DATA DI NASCITA
SESSO M o F	COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE	PROV.
VIA GRAMSCI 14	P R	CODICE FISCALE
		0 1 8 7 4 2 4 0 3 4 2
		giorno mese anno

DATI DEL VERSAMENTO

6. UFFICIO O ENTE	7. COD. TERRITORIALE (*)	8. CONTENZIOSO	9. CAUSALE	10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO
R 7 Y				Anno Numero
codice	sub. codice (*)			

11. CODICE TRIBUTO	12. DESCRIZIONE (*)	13. IMPORTO	14. COD. DESTINATARIO
4 5 6 T	IMPOSTA DI BOLLO	16, 0 0	
		,	
		,	
		,	
		,	
		,	
		,	
		,	
		,	
		,	
PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO		16, 0 0	

EURO (lettere)

--	--

ESTREMI DEL VERSAMENTO <small>(DA COMPILARE A CURA DEL CONCESSIONARIO, DELLA BANCA O DELLE POSTE)</small>			
DATA		CODICE CONCESSIONE/BANCA/POSTE	
		AZIENDA	CAB/SPORTELLO
giorno	mese	anno	

--