



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

1. VERSAMENTO DIRETTO AL CONCESSIONARIO DI  
\_\_\_\_\_

2. DELEGA IRREVOCABILE A  
**BANCO DI SARDEGNA S.p.A.**  
AGENZIA \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_  
PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

3. NUMERO DI RIFERIMENTO (\*) **T.W.D. 2.0.1.4.7.10.0.15.3.3.3.0**

**DATI ANAGRAFICI**

4. COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE **AZIENDA ASL N° 8 DI CAGLIARI** NOME \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_  
SESSO (M o F)  COMUNE (o Stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE **CAGLIARI** PROV. **CA** CODICE FISCALE **02961430926**  
5. COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_  
SESSO (M o F)  COMUNE (o Stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

**DATI DEL VERSAMENTO**

6. UFFICIO O ENTE **T.W.D.** 7. COD. TERRITORIALE (\*) \_\_\_\_\_ 8. CONTENZIOSO  9. CAUSALE 10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO  
Anno \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_ **RA 2.0.1.40.0.15.C0.0.0.0.0.0.72.20**

11. CODICE TRIBUTO	12. DESCRIZIONE (*)	13. IMPORTO	14. COD. DESTINATARIO
1.0.9.T	Registro: altre voci - prop	3.182,00	
8.0.0.T	Gndc. event. ag. delle entit�e	17,50	

PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO

**3.199,50**

EURO (lettere)

**Trimila centonovantanove/50**

**ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA DELL'AZIENDA DI CREDITO)**

DATA giorno _____ mese _____ anno _____	CODICE BANCA AZIENDA <b>01015</b> CAB / SPORTELLI _____
Autorizzo addebito sul conto corrente bancario n° _____ nel ABI _____ CAB _____ firma _____	

**FIRMA**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(\*) RISERVATO ALL'UFFICIO

ORIGINALE PER L'AZIENDA DI CREDITO

Il presente allegato   composto di n° \_\_\_\_\_ fogli.

**IL RESP. RE AFFARI LEGALI  
(Avv. Paolo Trudu)**

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. **1430** DEL **15 OTT. 2014**

**IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO (Dott. Sergio Salis)** **IL DIRETTORE SANITARIO (Dott. Ego Starelli)**

**IL DIRETTORE GENERALE  
(Dott. Emilio Simeone)**