



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 (*) **TWD 8.0.117.1009/1008A**

DATI ANAGRAFICI

4. COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE: **AZIENDA ASL n. 8 DI CAGLIARI**
SESSO (M o F) COMUNE (o Stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE: **CAGLIARI**
PROV. _____ CODICE FISCALE: **02201430926**
DATA DI NASCITA: _____

5. COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE: _____
SESSO (M o F) COMUNE (o Stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE: _____
PROV. _____ CODICE FISCALE: _____
DATA DI NASCITA: _____

DATI DEL VERSAMENTO

6. UFFICIO O ENTE: **TWD**
7. COD. TERRITORIALE (*): _____
8. CONTENZIOSO:
9. CAUSALE: **R**
10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO: **2.00.90.0.15C.00.00.015480**

11. CODICE TRIBUTO	12. DESCRIZIONE (*)	13. IMPORTO	14. COD. DESTINATARIO
10.9.T	Registraz: altre voci - prop.	394,50	
4.5.6.T	Imposta di bollo	7,31	
6.2.2.T		97,35	
9.4.0.A		4,45	
9.10.4.T		2,50	
7.3.1.T		2,45	
		441,86	

PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO

EURO (lettere)

quattrocentoquarantuno/86

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

DATA			CODICE BANCA	
giorno	me	anno	AZIENDA	CAB / SPORTELLO
			01015	
Autorizzo addebito sul conto corrente bancario				
n°	cod ABI	CAB		
firma				

FIRMA

Mod. DI. 38 (02) - SALIZO - 04/09/04 - 10/2008

(*) RISERVATO ALL'UFFICIO

ORIGINALE PER L'AZIENDA DI CREDITO

Il presente allegato è composto di n° 2 fogli.

IL RESP. LE AFFARI LEGALI
(Avv. Paola Trudu)

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 874 DEL 30 GIU. 2014

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. Sergio Satis)

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Ugo Storelli)

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Emilio Spiccone)