



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 (\*) \_\_\_\_\_

440  
22 APR. 2015

DATI ANAGRAFICI

4. COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE **AZIENDA SANITARIA LOCALE 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 **02261430926**

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 **TRU** 7. COD. TERRITORIALE (\*) \_\_\_\_\_ 8. CONTENZIOSO \_\_\_\_\_ 9. CAUSALE **RG** 10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO **20140015C0000021920**

11. CODICE TRIBUTO	12. DESCRIZIONE (*)	13. IMPORTO	14. COD. DESTINATARIO
1.09.T	Registro: altre voci - prop.	5.142,00	
8.06.T	Enze. event. Ag. delle Entrate	17,50	
		<b>5.159,50</b>	

PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO

EURO (lettere)

Cinquemilacentocinquanta nove / 50

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

DATA	AGENZIA	CODICE BANCA
giorno mese anno	01015	CAB / SPORTELLO

Autorizzo addebito sul conto corrente bancario

n° \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 cod ABI CAB

firma \_\_\_\_\_

FIRMA

Mod. 01\_08/02/03 - CALICCI - SASSARI - numero minimo 10.000 (10.000)

(\*) RISERVATO ALL'UFFICIO

ORIGINALE PER L'AZIENDA DI CREDITO

Il presente allegato è composto di n° 1 fogli.

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