



754

- 5 LUG. 2016

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

1. VERSAMENTO DIRETTO AL CONCESSIONARIO DI

[Empty box for direct payment to the concessionary]

2. DELEGA IRREVOCABILE A

[Empty box for irrevocable delegation]

AGENZIA/UFFICIO PROV PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

3. NUMERO DI RIFERIMENTO (*) T J P 2 0 1 6 7 1 0 0 5 5 3 0 2 4

4. AZIENDA SANITARIA LOCALE N.8 DI CAGLIARI. COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE, NOME, DATA DI NASCITA, SESSO M o F, COMUNE, PROV., CODICE FISCALE

5. COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE, NOME, DATA DI NASCITA, SESSO M o F, COMUNE, PROV., CODICE FISCALE

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

Table with 4 columns: 11. CODICE TRIBUTO, 12. DESCRIZIONE (*), 13. IMPORTO, 14. COD. DESTINATARIO. Rows include 'REGISTRO: ALTRE VOCI - PROP.' and 'ENTR. EVENT. AG.DELLE ENTRATE'.

PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO

EURO (lettere)

CENTOTTANTACINQUE / 50

Table with columns: DATA (giorno, mese, anno), CODICE CONCESSIONE/BANCA/POSTE (AZIENDA, CAB/SORTELO)

Autorizza addebito sul conto corrente bancario. n. _____, firma _____, cod. ABI _____, CAB _____

(*) RISERVATO ALL'UFFICIO

COPIA PER IL CONCESSIONARIO/BANCA/POSTE

Il presente allegato è composto di n° 5 fogli.

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

[Handwritten signature]