



970 €  
15 SET. 2016

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

1. VERSAMENTO DIRETTO AL CONCESSIONARIO DI

[Empty field]

2. DELEGA IRREVOCABILE A

[Empty field]

AGENZIA/UFFICIO [Empty field] PROV. [Empty field]

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

3. NUMERO DI RIFERIMENTO (\*) T W D 2 0 1 6 7 1 0 0 1 3 1 7 9 2

**DEBITOR**

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 PROV. CODICE FISCALE 0 2 2 6 1 4 3 0 9 2 6

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

**DELL'ESTRIBUTO**

6. UFFICIO O ENTE 7. COD. TERRITORIALE (\*) 8. CONTENZIOSO 9. CAUSALE 10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO  
T W D R I G 2 0 1 6 0 0 1 E M 0 0 0 0 0 0 4 6 6 0

11. CODICE TRIBUTO	12. DESCRIZIONE (*)	13. IMPORTO	14. COD. DESTINATARIO
1   0   9   T	REGISTRO: ALTRE VOCI - PROP.	200,00	
8   0   6   T	ENTR. EVENT. AG.DELLE ENTRATE	8,75	
		208,75	

PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO

EURO (lettere)  
DUECENTOOTTO / 75

DATA	CODICE CONCESSIONE/BANCA/POSTE	
	AZIENDA	CAB/SPORTELLO
giorno mese anno		

[Empty box for stamp or signature]

(\*) RISERVATO ALL'UFFICIO COPIA PER IL SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO

Il presente allegato è composto di n°      fogli.  
IL RESPONSABILE AFFARI LEGALI  
(Avv. Paolo Truchi)