AGENZIA DELLE ENTRATE

1305 €

19 DIC. 2016

Mod. F23

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

1. VERSAMENTO DIRETTO AL CONCESSIONARIO DI

2. DELEGA IRREVOCABILE A

AGENZIA/UFFICIO PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

3. NUMERO DI RIFERIMENTO (*) TWD201671001775851

DATI ANAGRAFICI

4. COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE: AZIENDA SANITARIA LOCALE N.8 DI CAGLIARI
NOME
DATA DI NASCITA (giorno mese anno)
SESSO M o F
COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE
PROV.
CODICE FISCALE: 02261430926

5. COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE
NOME
DATA DI NASCITA (giorno mese anno)
SESSO M o F
COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE
PROV.
CODICE FISCALE

DATI DEL VERSAMENTO

6. UFFICIO O ENTE: TWD (codice) (sub. codice (*))
7. COD. TERRITORIALE (*)
8. CONTENZIOSO
9. CAUSALE: RG
10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO: Anno 2016 Numero 001SC000001720 0

11. CODICE TRIBUTO	12. DESCRIZIONE (*)	13. IMPORTO	14. COD. DESTINATARIO
109T	REGISTRO: ALTRE VOCI - PROP.	200,00	
806T	ENTR. EVENT. AG.DELLE ENTRATE	26,25	

PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO 226,25

EURO (lettere)

DUECENTOVENTISEI / 25

ESTREMI DEL VERSAMENTO
(DA COMPILARE A CURA DEL CONCESSIONARIO, DELLA BANCA O DELLE POSTE)

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

FIRMA

Autorizzo addebito sul conto corrente bancario

n. _____ / _____

cod. ABI CAB

firma _____

(*) RISERVATO ALL'UFFICIO

COPIA PER IL CONCESSIONARIO/BANCA/POSTE

Il presente allegato è composto di n° _____ fogli.

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