AGENZIA DELLE ENTRATE

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 (*) T W D 2 0 1 4 7 1 0 0 0 8 3 1 8 5

DATI ANAGRAFICI

4. COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE: AZIENDA ASL 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: 0 2 2 6 1 4 3 0 9 2 6

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: T W D (codice) (sub. codice (*))

7. COD. TERRITORIALE (*)

8. CONTENZIOSO

9. CAUSALE: R G

10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO — Anno: 2 0 1 3 — Numero: 0 0 3 S C 0 0 0 0 0 0 4 4 1 0

11. CODICE TRIBUTO	12. DESCRIZIONE (*)	13. IMPORTO	14. COD. DESTINATARIO
1 0 9 T	REGISTRO: ALTRE VOCI - PROB.	840,00	
4 5 6 T	IMPOSTA DI BOLLO	64,00	
8 0 6 T	ENTR. EVENT. AG.DELLE ENTRATE	52,50	

PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO 956,50

EURO (lettere)

NOVECENTOCINQUANTASEI / 50

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

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 1074 DEL - 4 AGO. 2014

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO (Dott. Sergio Salis)

IL DIRETTORE SANITARIO (Dott. Ugo Storelli)

IL DIRETTORE GENERALE (Dott. Ennio Simeone)

Il presente allegato è composto di n° _____ fogli.

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