577

27 MAG. 2015

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 5 7 1 0 0 0 3 8 8 4 3

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: 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 (codice / sub. codice (*))	7. COD. TERRITORIALE (*)	8. CONTENZIOSO	9. CAUSALE	10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO (Anno / Numero)
T W D			R G	2 0 1 4 0 0 1 S C 0 0 0 0 0 2 4 0 5 0

11. CODICE TRIBUTO	12. DESCRIZIONE (*)	13. IMPORTO	14. COD. DESTINATARIO
1 0 9 T	REGISTRO: ALTRE VOCI - PROP.	24.305,00	
8 0 6 T	ENTR. EVENT. AG.DELLE ENTRATE	17,50	
	PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO	24.322,50	

EURO (lettere)

VENTIQUATTROMILATRECENTOVENTIDUE / 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

Il presente allegato è composto di n° 1 fogli.

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