384 - 2 APR. 2015

| AGENZIA DELLE ENTRATE  |  |
|--|--|
| · MAL  |  |
|  |  |
|  |  |
| The state of the s |  |



## MODELLO DI PAGAMENTO: TASSE, IMPOSTE, SANZIONI

|  | Mod. F |
|--|--------|
| 1. VERSAMENTO DIRETTO AL CONCESSIONARIO DI |        |
|  |        |
|  |        |
| 2. DELEGA IRREVOCABILE A                   |        |
|  |        |
|  |        |
|  | PROV.  |

| E ALTRE ENTRATE   | PER L'ACCREDITO ALLA TESO               | REKIA COMPETENTE   |                       |
|---|---|--|-----------------------|
| E MEIRE LIVINAIL  | 3. NUMERO DI RIFERIMENTO (")            | - William State May State Live and   |                       |
| DATI ANAGRAFICI   |   |  |                       |
|   | NOME                                    | DATA DI NA   | SCITA                 |
| COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE                                    |   |  |                       |
| AZIENDA SANITARIA LOC SESSOMOF COMUNE (o stato estato) DI MASCITA           | / SEDE SOCIALE PROV.                    | CODICE HSCALE giorno   | mese onno             |
|   |   | 0,2,2,6,1,4,3,0,9,2  |                       |
| COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE                                    | NOME                                    | DATA DI NA   | SCITA                 |
| SESSO M o F COMUNE (o stato estero) DI NASCITA                              | / SEDE SOCIALE PROV                     | CODICE FISCALE giorno  | mesé onno             |
|   |   |  | <u> </u>              |
| DATI DEL VERSAMENTO   |   |  |                       |
|   | (°) 8. CONTENZIOSO 9. CAUSALE 10. ESTRE | AL DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO   |                       |
| . UFFICIO O ENTE 7. COD. TERRITORIALE                                       |   | To the second se | 101317131110          |
| T W D who corbine (1)   | RIG 2101                                |  |                       |
| 1. CODICE TRIBUTO 12. DESCRIZIONE (*)                                       |   | 13. IMPORTO  | 14. COD. DESTINATARIO |
| 1 0 9 T REGISTRO 4  | TORIS VOLTE BERROLE                     | 200,00   |                       |
|   |   | 35,00  |                       |
| B O 6 T ENLY EVEN   |   |  |                       |
|   |   |  | -                     |
|   |   |  | _                     |
|   |   |  |                       |
|   |   |  |                       |
|   |   | ,  |                       |
|   |   |  |                       |
|   |   |  |                       |
| PFR UN IA   | APORTO COMPLESSIVO DI EURO              | 235,00   |                       |
| EURO (lettere)  |   | 130,11   |                       |
| DUECENTOTRENTACING  | OUR / 00                                |  |                       |
|   | 206 / 00                                | FIRMA  |                       |
| ESTREMI DEL VERSAMENTO<br>IDA COMPILARE A CURA DEL CONCESSIONARIO, DELLA BA | INCA O DELLE POSTE                      | PRAL   |                       |
|   | E CONCESSIONE/BANCA/POSTE               |  |                       |
| giorno mese anno  | ZIENDA CAB/SPORTELLO                    |  |                       |
|   |   |  |                       |
| Autorizzo addebito sul conto corrente banc                                  | cario                                   |  |                       |
| n   |   |  |                       |
|   | d. ABI CAB                              |  |                       |
| hirmo   | COPIA PER IL CONCESSIONARIO             | I/BANCA/POSTE  |                       |
| (*) RISERVATO ALL'UFFICIO   | COLIN LEW IF COLLEGEOUS AND             |  |                       |

Il presente allegato è com-IL RESPUE AFFARI LEGALI
(Avv. Radia Trudu) posto di 16º