404
- 8 APR. 2016

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 (*) TWD201671000373 59

DATI ANAGRAFICI

4. COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE / NOME / DATA DI NASCITA

AZIENDA SANITARIA LOCALE N.8 DI CAGLIARI

SESSO M o F / COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE / PROV / CODICE FISCALE (giorno mese anno)

02261430926

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 (giorno mese anno)

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)
TWD			RG	2015 001SC000002292 0

11. CODICE TRIBUTO	12. DESCRIZIONE (*)	13. IMPORTO	14. COD. DESTINATARIO
109T	REGISTRO: ALTRE VOCI - PROP.	2.128,00	
806T	ENTR. EVENT. AG.DELLE ENTRATE	17,50	

PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO 2.145,50

EURO (lettere)

DUEMILACENTOQUARANTACINQUE / 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 _____

MOD. F 23 - 2002 EURO

(*) 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)