

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA
PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

PROV.

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE R S S G C I 5 5 E 5 5 E 5 5 5 E

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

DATI ANAGRAFICI

data di nascita
giorno mese anno

sexo (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

comune

prov.

via e numero civico

DOMICILIO FISCALE

CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare

codice identificativo

SEZIONE ERARIO ED ALTRO

codice ufficio

codice atto

K K A

tipo

elementi identificativi

codice

anno di riferimento

importi a debito versati

F	T R I B U T O	S P E C I A L E	T 9 8 T		3 0 , 0 0
---	---------------	-----------------	---------	--	-----------

F	I M P O S T A	D I B O L L O	T 9 1 T		2 8 , 0 0
---	---------------	---------------	---------	--	-----------

FIRMA

SALDO FINALE

EURO +

N a N

ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)

DATA

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

AZIENDA

CAB/SPORTELLO

giorno mese anno

Pagamento effettuato con assegno

bancario/postale

circolare/vaglia postale

n.ro

tratto / emesso su

cod. ABI

CAB

Autorizzo addebito su conto corrente bancario n°

cod. ABI

CAB

firma