

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

cognome, denominazione o ragione sociale nome

DATI ANAGRAFICI

data di nascita sesso (M o F) comune (o Stato estero) di nascita prov.
giorno mese anno

DOMICILIO FISCALE

comune prov. via e numero civico

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

codice identificativo

SEZIONE ERARIO ED ALTRO

codice ufficio **K V I** codice atto

tipo	elementi identificativi	codice	anno di riferimento	importi a debito versati
R		T 9 1 T	2019	59,00
R		T 9 2 T	2019	200,00
R		T 9 3 T	2019	35,00

FIRMA **SALDO FINALE**
EURO + 294,00

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

DATA CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE
giorno mese anno AZIENDA CAB/SPORTELO

Pagamento effettuato con assegno bancario/postale
n.ro circolare/vaglia postale
tratto / emesso su cod. ABI CAB

Autorizzo addebito su conto corrente bancario n° _____ cod. ABI _____ CAB _____ firma _____

MOD. F24 - VERSAMENTI CON ELEMENTI IDENTIFICATIVI - 2009 EURO

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA
PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

PROV.

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

cognome, denominazione o ragione sociale _____ nome _____

DATI ANAGRAFICI

data di nascita _____ sesso (M o F) _____ comune (o Stato estero) di nascita _____ prov. _____

giorno _____ mese _____ anno _____

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 | V | I

tipo	elementi identificativi	codice	anno di riferimento	importi a debito versati
R		T 9 1 T	2019	59,00
R		T 9 2 T	2019	200,00
R		T 9 3 T	2019	35,00

SALDO FINALE

EURO + _____ 294,00

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

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		<input type="checkbox"/> bancario/postale <input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLO	
_____	_____	_____	_____	_____	Pagamento effettuato con assegno n.ro _____ tratto / emesso su _____
					cod. ABI _____ CAB _____