AGENZIA DELLE ENTRATE

n. _____ del _____
composto di n. 1 fogli

Mod.

MODELLO DI PAGAMENTO: TASSE, IMPOSTE, SANZIONI E ALTRE ENTRATE

1. VERSAMENTO DIRETTO AL CONCESSIONARIO DI

2. DELEGA IRREVOCABILE A
POSTE ITALIANE

AGENZIA/UFFICIO PROV.
PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

3. NUMERO DI RIFERIMENTO (*)

4.
COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE: AZIENDA U.S.L. N° 5
NOME:
DATA DI NASCITA (giorno mese anno):
SESSO M o F:
COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE: ORISTANO VIA CARDUCCI, 25
PROV.: O R
CODICE FISCALE: 0 0 6 8 1 1 1 C 9 5 3

5.
COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE: SAMMARTANO
NOME: SALVATORE
DATA DI NASCITA (giorno mese anno): 1 0 0 3 1 9 3 7
SESSO M o F: M
COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE: TRAPANI
PROV.: T P
CODICE FISCALE: S M M S V T 3 7 C 1 0 L 3 3 1 B

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 K			B P	2 0 1 4

11. CODICE TRIBUTO	12. DESCRIZIONE (*)	13. IMPORTO	14. COD. DESTINATARIO
1 0 7 T		885,00	

PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO 885,00

EURO (lettere)
OTTOCENTOOTTANTACINQUE---------

DATA (giorno mese anno)	CODICE CONCESSIONE/BANCA/POSTE: AZIENDA	CAB/SPORTELLO
0 9 2 0 1 4		

13/033 11 22-09-14 R3
0148 £*885,00*
F2YV 0148 £**
C.F. SMMSVT37C10L331B

MOD. F 23 - 2002 EURO

(*) RISERVATO ALL'UFFICIO

COPIA PER EVENTUALE PRESENTAZIONE ALL'UFFICIO