



VERSAMENTO DIRETTO AL CONCESSIONARIO DI

--

DELEGA IRREVOCABILE A

--

AGENZIA

PROV.

--

PER L'ACCREDITO AL CONCESSIONARIO
COMPETENTE

NUMERO DI RIFERIMENTO

--

COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE	NOME	DATA DI NASCITA
--	------	-----------------

COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE

NOME

DATA DI NASCITA

--	--	--

SFSSO

COMUNE DI NASCITA / SEDE SOCIALE

PROV

CODICE FISCALE

--	--	--	--

COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE

NOME

DATA DI NASCITA

--	--	--

SESSC

COMUNE DI NASCITA / SEDE SOCIALE

PROV.

CODICE FISCALE

--	--	--	--

UFFICIO O ENTE	COD. TERRITORIALE	CONTENZIOSO	CAUSALE	ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO
1	2	3	4	5

ARCH. OBL

CODICE

SUB

ANNO

NUMERO

CODICE TRIBUTO
DESTINATARIO

DESCRIZIONE

MPORTO

COD

DESTINATARIO			
741T	PENA PECUNIARIA	X1) 516 €; x2) 56 € tot.572	
773T	SPESE FORFETTIZZATE	€ 80,00	
PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO		€ 652,00	

EURO(lettere)

Duecento/00

ESTREMI DEL VERSAMENTO

(DA COMPILARE A CURA DEL CONCESSIONARIO, DELLA BANCA O DELLE POSTE)

DATA		CODICE CONCESSIONE/BANCA/POSTE		
Giorno Mese Anno	AZIENDA	CAB/SPORETELLO		
Pagamento effettuato con assegno ☐ bancario ☐ circolare N° Tratto/emesso su / Cod. ABI CAB				Firma del versante Autorizzato addebito sul conto corrente ☐ bancario ☐ circolare n° / Cod. ABI CAB firma

Conforme all'originale ai sensi del D.lvo 237/97