



1. VERSAMENTO DIRETTO AL CONCESSIONARIO DI

2. DELEGA IRREVOCABILE

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO AL CONCESSIONARIO COMPETENTE

3. NUMERO DI RIFERIMENTO (*)

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

DATI ANAGRAFICI

COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE

NOME

DATA DI NASCITA

giorno	mese	anno
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SESSO (M o F)

COMUNE (o Stato Estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE

PROV.

CODICE FISCALE

giorno mese anno

COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE

NOME

DATA DI NASCITA

5.

giorno	mese	anno
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

7. COD. TERRITORIALE (*)

8. CONTENZIOSO

9. CAUSALE

10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO

9C3 codice	RG sub codice(*)
----------------------	----------------------------

Anno Numero

11. CODICE TRIBUTO

941T
943T

12. DESCRIZIONE (*)

CONTRIBUTO UNIFICATO
MARCA FORFETTARIA

13. IMPORTO

27,00

14. COD.DESTINATARIO

PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO

EURO (lettere)

ESTREMI DEL VERSAMENTO

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

DATA	CODICE CONCESSIONE / BANCA / POSTE	
	AZIENDA	CAB / SPORTELLO
giorno mese anno		
<input type="text"/>		

Pagamento effettuato con assegno	<input type="checkbox"/> bancario	<input type="checkbox"/> circolare
n°		
tratto / emesso		
	cod. ABI	CAB

FAC-SIMILE

firma