Agenzia Entrate

Mod. F24 Semplificato

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 8 0 0 0 2 7 6 0 8 3 5

codice ufficio codice atto

DATI ANAGRAFICI

cognome, denominazione o ragione sociale: PROVINCIA REGIONALE MESSINA

nome

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

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

codice identificativo

MOTIVO DEL PAGAMENTO

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE 2 0 1 9 0 0 0 0 2 0 0 2 2 2 2 0 4 9

Sezione	cod. tributo	codice ente	ravv.	immob. variati	acc.	saldo	num. immob.	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	detrazione	importi a debito versati	importi a credito compensati
E L	3944	I 2 5 4					3	0101	2019	,	415 00	,

TARI del COMUNE DI SANTA MARINA SALINA
RATA UNICA con scadenza 31.07.2019

SALDO FINALE EURO 415,00

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

DATA (giorno, mese, anno)

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE: AZIENDA, CAB/SPORTELLO

Pagamento effettuato con assegno n.ro ☐ bancario/postale ☐ circolare/vaglia postale

tratto / emesso su cod. ABI CAB

COPIA PER IL SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO

Agenzia Entrate

Mod. F24 Semplificato

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 8 0 0 0 2 7 6 0 8 3 5

codice ufficio codice atto

DATI ANAGRAFICI

cognome, denominazione o ragione sociale: PROVINCIA REGIONALE MESSINA

nome

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

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

codice identificativo

MOTIVO DEL PAGAMENTO

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE 2 0 1 9 0 0 0 0 2 0 0 2 2 2 2 0 4 9

Sezione	cod. tributo	codice ente	ravv.	immob. variati	acc.	saldo	num. immob.	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	detrazione	importi a debito versati	importi a credito compensati
E L	3944	I 2 5 4					3	0101	2019	,	415 00	,

FIRMA

SALDO FINALE EURO 415,00

Autorizzo addebito su c/c IBAN I T

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

DATA (giorno, mese, anno)

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE: AZIENDA, CAB/SPORTELLO

Pagamento effettuato con assegno n.ro ☐ bancario/postale ☐ circolare/vaglia postale

tratto / emesso su cod. ABI CAB

COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

MODELLO GRAFICO realizzato da APKAPPA S.r.l. - Via F. Albani, 21 20149 Milano - Conforme al Provv.Dir.Ag.Entrate 19/06/2013