

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA
PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

PROV.

CONTRIBUENTE

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

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

DATI ANAGRAFICI CITTA' METROPOLITANA DI MESSINA

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 MESSINA

CORSO CAVOUR, 87

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

codice identificativo

SEZIONE ERARIO ED ALTRO

codice ufficio codice atto

tipo	elementi identificativi	codice	anno di riferimento	Importi a debito versati
R		T 9 1 T	2020	59,00
R	2 8 4	T 9 2 T	2020	200,00
R	2 8 4	T 9 3 T	2020	90,00
R		T 9 4 T	2020	12,50

FIRMA

SALDO FINALE

EURO +

361,50

ESTREMI DEL VERSAMENTO

DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

DATA

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

Pagamento effettuato con assegno

bancario/postale

n.ro

circolare/vaglia postale

giorno mese anno

AZIE/IDA

CAB/SPORTELO

tratto / emesso su

cod. ABI

CAB

Autorizzo addebito su conto corrente bancario n°

cod. ABI

CAB

firma

MOD. F24 - VERSAMENTI CON ELEMENTI IDENTIFICATIVI - 2007 EURO

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA
PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

PROV.

CONTRIBUENTE

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

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

DATI ANAGRAFICI CITTA' METROPOLITANA DI MESSINA

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 MESSINA

CORSO CAVOUR, 87

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

codice identificativo

SEZIONE ERARIO ED ALTRO

codice ufficio codice atto

tipo	elementi identificativi	codice	anno di riferimento	importi a debito versati
R		T 9 1 T	2020	59,00
R	2 8 4	T 9 2 T	2020	200,00
R	2 8 4	T 9 3 T	2020	90,00
R		T 9 4 T	2020	12,50

SALDO FINALE

EURO +

361,50

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

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