

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE
CODICE FISCALE

										codice ufficio	codice atto				
cognome, denominazione o ragione sociale										nome					

DATI ANAGRAFICI

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

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

										codice identificativo				
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------------------	--	--	--	--

MOTIVO DEL PAGAMENTO
IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

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	
SALDO FINALE											EURO	+	

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/SPORTELLI	n.ro			tratto / emesso su
								cod. ABI CAB

COPIA PER IL SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE
CODICE FISCALE

										codice ufficio	codice atto				
cognome, denominazione o ragione sociale										nome					

DATI ANAGRAFICI

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

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

										codice identificativo				
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------------------	--	--	--	--

MOTIVO DEL PAGAMENTO
IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

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	
SALDO FINALE											EURO	+	

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/SPORTELLI	n.ro			tratto / emesso su
								cod. ABI CAB

Autorizzo addebito su c/c IBAN

COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE