Agenzia Entrate

Mod. **F24** Semplificato

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE Z N N R N S 5 0 S 4 8 G 3 9 4 I

codice ufficio

codice atto

DATI ANAGRAFICI

cognome, denominazione o ragione sociale: ZANNINO

nome: ORTENSIA

data di nascita (giorno, mese, anno): 0 8 1 1 1 9 5 0

sesso (M o F): F

comune (o Stato estero) di nascita: PAZZANO

prov.: R C

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
E L	3918	B 9 3 8			X		1		2015	0,00	28,00	0,00
E L	3958	B 3 9 8			X		2		2015	13,00	85,00	0,00
E L	3961	B 3 9 8			X		1		2005	0,00	4,00	0,00

SALDO FINALE EURO + 117,00

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
1 6 0 6 2 0 1 5	05584	34170

Pagamento effettuato con assegno ☐ bancario/postale ☐ circolare/vaglia postale

n.ro

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

codice ufficio

codice atto

DATI ANAGRAFICI

cognome, denominazione o ragione sociale

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

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

FIRMA

SALDO FINALE EURO +

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 ☐ bancario/postale ☐ circolare/vaglia postale

n.ro

tratto / emesso su — cod. ABI — CAB

COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE