



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

1. VERSAMENTO DIRETTO AL CONCESSIONARIO DI

2. DELEGA IRREVOCABILE A

AGENZIA/UFFICIO PROV.
PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

3. NUMERO DI RIFERIMENTO (*)

DATI ANAGRAFICI

COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE		NOME			DATA DI NASCITA		
4. AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI							
SESSO M o F	COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE	PROV.	CODICE FISCALE				
<input type="text"/>	VIA DEL TERMINILLO N. 42	R I	0 0 8 2 1 1 8 0 5 7 7				
			giorno	mes	anno		

COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE		NOME			DATA DI NASCITA		
5.							
SESSO M o F	COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE	PROV.	CODICE FISCALE				
<input type="text"/>							
			giorno	mes	anno		

DATI DEL VERSAMENTO

6. UFFICIO O ENTE		7. COD. TERRITORIALE (*)	8. CONTENZIOSO	9. CAUSALE	10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO			
9 B X codice	R G sub. codice (*)	A 4 7 9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Anno	Numero		

11. CODICE TRIBUTO	12. DESCRIZIONE (*)	13. IMPORTO	14. COD. DESTINATARIO
9 4 1 T	CONTR. UNIF. ISCR. RUOLO PROC. GIU	2.529 , 0 0	
9 4 3 T	DIRITTI DI CANC. E SEGR. GIUD.	27 , 0 0	
PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO		2.556 , 0 0	

EURO (lettere)
duemilacinquecentocinquantasei/00

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

DATA		CODICE CONCESSIONE/BANCA/POSTE	
		AZIENDA	CAB/SPORELLLO
giorno	mes		

FIRMA

Autorizzo addebito sul conto corrente bancario
n. _____ / _____
cod. ABI CAB
firma _____



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

1. VERSAMENTO DIRETTO AL CONCESSIONARIO DI

--

2. DELEGA IRREVOCABILE A

--

AGENZIA/UFFICIO

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

3. NUMERO DI RIFERIMENTO (*)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATI ANAGRAFICI

COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE 4. AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	NOME	DATA DI NASCITA								
SESSO M o F	COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE VIA DEL TERMINILLO N. 42	PROV. R I	CODICE FISCALE 0 0 8 2 1 1 8 0 5 7 7	giorno		mese		anno		

DATI DEL VERSAMENTO

6. UFFICIO O ENTE 9 B X R G codice sub. codice (*)	7. COD. TERRITORIALE (*) A 4 7 9	8. CONTENZIOSO	9. CAUSALE	10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO Anno Numero	11. CODICE TRIBUTO 9 4 1 T 9 4 3 T	12. DESCRIZIONE (*) CONTR. UNIF. ISCR. RUOLO PROC. GIU DIRITTI DI CANC. E SEGR. GIUD.	13. IMPORTO 2.529,00 27,00	14. COD. DESTINATARIO
PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO							2.556,00	

EURO (lettere)
duemilacinquecentocinquantasei/00

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

DATA			CODICE CONCESSIONE/BANCA/POSTE	
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLLO

--



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

1. VERSAMENTO DIRETTO AL CONCESSIONARIO DI

2. DELEGA IRREVOCABILE A

AGENZIA/UFFICIO PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

3. NUMERO DI RIFERIMENTO (*)

DATI ANAGRAFICI

COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE		NOME		DATA DI NASCITA	
4. AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI					
SESSO M o F	COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE	PROV.	CODICE FISCALE		
<input type="checkbox"/>	VIA DEL TERMINILLO N. 42	R I	0 0 8 2 1 1 8 0 5 7 7		

COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE		NOME		DATA DI NASCITA	
5.					
SESSO M o F	COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE	PROV.	CODICE FISCALE		
<input type="checkbox"/>					

DATI DEL VERSAMENTO

6. UFFICIO O ENTE	7. COD. TERRITORIALE (*)	8. CONTENZIOSO	9. CAUSALE	10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO
9 B X R G codice sub. codice (*)	A 4 7 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anno: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Numero: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

11. CODICE TRIBUTO	12. DESCRIZIONE (*)	13. IMPORTO	14. COD. DESTINATARIO
9 4 1 T	CONTR. UNIF. ISCR. RUOLO PROC. GIU	2.529,00	
9 4 3 T	DIRITTI DI CANC. E SEGR. GIUD.	27,00	
PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO		2.556,00	

EURO (lettere)

duemilacinquecentocinquantasei/00

ESTREMI DEL VERSAMENTO			
<small>(DA COMPILARE A CURA DEL CONCESSIONARIO, DELLA BANCA O DELLE POSTE)</small>			
DATA		CODICE CONCESSIONE/BANCA/POSTE	
		AZIENDA	CAB/SPORTELLO
giorno	mese	anno	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>