AGENZIA DELLE ENTRATE

Mod. F23

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

4. COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE: AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI
NOME:
DATA DI NASCITA (giorno mese anno):
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

5. COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE:
NOME:
DATA DI NASCITA (giorno mese anno):
SESSO M o F:
COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE:
PROV.:
CODICE FISCALE:

DATI DEL VERSAMENTO

6. UFFICIO O ENTE: 9 B X (codice) R G (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	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 (giorno mese anno)	CODICE CONCESSIONE/BANCA/POSTE	
	AZIENDA	CAB/SPORTELLO

FIRMA

Autorizzo addebito sul conto corrente bancario

n. _____ / _____
cod. ABI CAB

firma _____

MOD. F 23 – 2002 EURO

(*) RISERVATO ALL'UFFICIO

COPIA PER IL CONCESSIONARIO/BANCA/POSTE

AGENZIA DELLE ENTRATE

Mod. F23

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

4. COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE: AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI
NOME:
DATA DI NASCITA (giorno mese anno):
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

5. COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE:
NOME:
DATA DI NASCITA (giorno mese anno):
SESSO M o F:
COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE:
PROV.:
CODICE FISCALE:

DATI DEL VERSAMENTO

6. UFFICIO O ENTE: 9 B X (codice) R G (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	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	
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLO

MOD. F 23 – 2002 EURO

(*) RISERVATO ALL'UFFICIO

COPIA PER IL SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO

AGENZIA DELLE ENTRATE

Mod. F23

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

4.
COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE: AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI
NOME:
DATA DI NASCITA (giorno mese anno):
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

5.
COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE:
NOME:
DATA DI NASCITA (giorno mese anno):
SESSO M o F:
COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE:
PROV.:
CODICE FISCALE:

DATI DEL VERSAMENTO

6. UFFICIO O ENTE: 9 B X (codice) R G (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	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 (giorno mese anno)	CODICE CONCESSIONE/BANCA/POSTE	
	AZIENDA	CAB/SPORTELLO

MOD. F 23 – 2002 EURO

(*) RISERVATO ALL'UFFICIO

COPIA PER EVENTUALE PRESENTAZIONE ALL'UFFICIO