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. OPERATORE ECONOMICO CONCORRENTE

SESSO M o F | COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE | PROV. | CODICE FISCALE | giorno | mese | anno

COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE | NOME | DATA DI NASCITA

5. UFFICIO SPECIALE PER LA RICOSTRUZIONE POST SISMA 2016 LAZIO | CIG: 788817471B

SESSO M o F | COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE | PROV. | CODICE FISCALE | giorno | mese | anno

VIA FLAVIO SABINO N. 27 - RIETI | R I | 9 0 0 7 6 7 4 0 5 7 1

DATI DEL VERSAMENTO

6. UFFICIO O ENTE | **7. COD. TERRITORIALE (*)** | **8. CONTENZIOSO** | **9. CAUSALE** | **10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO**

T K G
codice | sub. codice (*)

Anno | Numero

11. CODICE TRIBUTO	12. DESCRIZIONE (*)	13. IMPORTO	14. COD. DESTINATARIO
4 5 6 T	IMPOSTA DI BOLLO	16, 0 0	
		,	
		,	
		,	
		,	
		,	
		,	

PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO   16, 0 0

EURO (lettere)

SEDICI /00

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

FIRMA

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

Autorizzo addebito sul conto corrente bancario

n. _____   _____ / _____

cod. ABI   CAB

firma _____

MOD. F 23 – 2002 EURO

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. OPERATORE ECONOMICO CONCORRENTE

SESSO M o F | COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE | PROV. | CODICE FISCALE | giorno | mese | anno

COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE | NOME | DATA DI NASCITA

5. UFFICIO SPECIALE PER LA RICOSTRUZIONE POST SISMA 2016 LAZIO   CIG: 788817471B

SESSO M o F | COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE | PROV. | CODICE FISCALE | giorno | mese | anno

VIA FLAVIO SABINO N. 27 - RIETI | R I | 9 0 0 7 6 7 4 0 5 7 1

DATI DEL VERSAMENTO

6. UFFICIO O ENTE

T K G

codice   sub. codice (*)

7. COD. TERRITORIALE (*) **8. CONTENZIOSO** **9. CAUSALE** **10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO**

Anno   Numero

11. CODICE TRIBUTO	12. DESCRIZIONE (*)	13. IMPORTO	14. COD. DESTINATARIO
4 5 6 T	IMPOSTA DI BOLLO	16, 0 0	
		,	
		,	
		,	
		,	
		,	
		,	

PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO   16, 0 0

EURO (lettere)

SEDICI /00

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

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

AGENZIA DELLE ENTRATE

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. OPERATORE ECONOMICO CONCORRENTE

SESSO M o F | COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE | PROV. | CODICE FISCALE | giorno | mese | anno

COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE | NOME | DATA DI NASCITA

5. UFFICIO SPECIALE PER LA RICOSTRUZIONE POST SISMA 2016 LAZIO | CIG: 788817471B

SESSO M o F | COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE | PROV. | CODICE FISCALE | giorno | mese | anno

VIA FLAVIO SABINO N. 27 - RIETI | R I | 9 0 0 7 6 7 4 0 5 7 1

DATI DEL VERSAMENTO

6. UFFICIO O ENTE T K G codice / sub. codice (*)

7. COD. TERRITORIALE (*)

8. CONTENZIOSO

9. CAUSALE

10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO Anno   Numero

11. CODICE TRIBUTO	12. DESCRIZIONE (*)	13. IMPORTO	14. COD. DESTINATARIO
4 5 6 T	IMPOSTA DI BOLLO	16,00	
		,	
		,	
		,	
		,	
		,	
		,	
		,	

PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO | 16,00

EURO (lettere)

SEDICI /00

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

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

(*) RISERVATO ALL'UFFICIO   COPIA PER EVENTUALE PRESENTAZIONE ALL'UFFICIO