Agenzia Entrate

Mod. **F24** Semplificato

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE — codice ufficio — codice atto

DATI ANAGRAFICI — cognome, denominazione o ragione sociale — nome

data di nascita: giorno 0 0 — mese — anno 1 9 — sesso (M o F): M — comune (o Stato estero) di nascita — prov.

CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare — codice identificativo

MOTIVO DEL PAGAMENTO — IDENTIFICATIVO OPERAZIONE 2 0 1 5 5 0 0 0 0 0 0

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	3944	B 3 5 4					1	0104	2015	,	93,00	,

SALDO FINALE + 93,00

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

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

n.ro

tratto / emesso su — cod. ABI — CAB

COPIA PER IL SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO

PRG - 57

Agenzia Entrate

Mod. **F24** Semplificato

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE — codice ufficio — codice atto

DATI ANAGRAFICI — cognome, denominazione o ragione sociale — nome

data di nascita: giorno 0 0 — mese — anno 1 9 — sesso (M o F): M — comune (o Stato estero) di nascita — prov.

CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare — codice identificativo

MOTIVO DEL PAGAMENTO — IDENTIFICATIVO OPERAZIONE 2 0 1 5 5 0 0 0 0 0 0

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	3944	B 3 5 4					1	0104	2015	,	93,00	,

SALDO FINALE + 93,00

Autorizzo addebito

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 posta

n.ro

tratto / emesso su — cod. ABI — CAB

COPIA PER LA BANCA/POSTALE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

UFFICIO DI CASSA SERVIZIO TRIBUTI