



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

1. VERSAMENTO DIRETTO AL CONCESSIONARIO DI

2. DELEGA IRREVOCABILE A

BANCA MALATESTIANA

AGENZIA/UFFICIO **Fil. Rimini Centro**

PROV. **RN**

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

3. NUMERO DI RIFERIMENTO (*)

DATI ANAGRAFICI

4. COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE **ROSSI** NOME **ANITA** DATA DI NASCITA **0 9 1 1 1 9 3 4**
 SESSO M o F **F** COMUNE (o Stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE **FIVIZZANO** PROV. **M S** CODICE FISCALE **R S S N T A 3 4 S 4 9 D 6 2 9 Y**
giorno mese anno

5. COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE **GARIBALDI** NOME **GIUSEPPE** DATA DI NASCITA **0 1 0 9 1 9 0 4**
 SESSO M o F **M** COMUNE (o Stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE **GENOVA** PROV. **G E** CODICE FISCALE **G R B G P P 0 4 P 0 1 D 9 6 9 L**
giorno mese anno

DATI DEL VERSAMENTO

6. UFFICIO O ENTE **T A J** 7. COD. TERRITORIALE (*) _____ 8. CONTENZIOSO _____ 9. CAUSALE **S A** 10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO
codice sub. codice (*) Anno Numero

11. CODICE TRIBUTO	12. DESCRIZIONE (*)	13. IMPORTO	14. COD. DESTINATARIO
6 4 9 T	IMPOSTA IPOTECARIA	5 3 7 8 , 0 0	_____
7 3 7 T	IMPOSTA CATASTALE	2 7 7 3 , 0 0	_____
4 5 6 T	IMPOSTA DI BOLLO	1 1 6 , 9 6	_____
7 7 8 T	TASSA IPOTECARIA	7 0 , 0 0	_____
8 8 6 T	TRIBUTI SPECIALI	2 0 , 6 6	_____

PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO

8 3 5 8 , 6 2

EURO (lettere)

OTTOMILATRECENTOCINQUANTOTTO/62 CENTESIMI

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
			07090	24210

FIRMA

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

[Empty box for beneficiary name]

2. DELEGA IRREVOCABILE A

BANCA MALATESTIANA

AGENZIA/UFFICIO **Fil. Rimini Centro**

PROV. **RN**

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

3. NUMERO DI RIFERIMENTO (*)

[Empty box for reference number]

DATI ANAGRAFICI

4. COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE: **ROSSI** NOME: **ANITA** DATA DI NASCITA: **09/11/1934**
 SESSO M o F: **F** COMUNE (o Stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE: **FIVIZZANO** PROV.: **MS** CODICE FISCALE: **RSSNTA34S49D629Y**

5. COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE: **GARIBALDI** NOME: **GIUSEPPE** DATA DI NASCITA: **01/09/1904**
 SESSO M o F: **M** COMUNE (o Stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE: **GENOVA** PROV.: **GE** CODICE FISCALE: **GRBGP04P01D969L**

DATI DEL VERSAMENTO

6. UFFICIO O ENTE: **T A J** 7. COD. TERRITORIALE (*): [] 8. CONTENZIOSO: [] 9. CAUSALE: **S A** 10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO: Anno [] Numero []

11. CODICE TRIBUTO	12. DESCRIZIONE (*)	13. IMPORTO	14. COD. DESTINATARIO
6 4 9 T	IMPOSTA IPOTECARIA	5 3 7 8 , 0 0	[] [] []
7 3 7 T	IMPOSTA CATASTALE	2 7 7 3 , 0 0	[] [] []
4 5 6 T	IMPOSTA DI BOLLO	1 1 6 , 9 6	[] [] []
7 7 8 T	TASSA IPOTECARIA	7 0 , 0 0	[] [] []
8 8 6 T	TRIBUTI SPECIALI	2 0 , 6 6	[] [] []
[] [] []		[] [] []	[] [] []
[] [] []		[] [] []	[] [] []
[] [] []		[] [] []	[] [] []

PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO

8 3 5 8 , 6 2

EURO (lettere)

OTTOMILATRECENTOCINQUANTOTTO/62 CENTESIMI

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
[] [] []	[] []	[] [] []	07090	24210

FIRMA

[Empty box for signature]



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

1. VERSAMENTO DIRETTO AL CONCESSIONARIO DI

[Empty box for payment recipient]

2. DELEGA IRREVOCABILE A

BANCA MALATESTIANA

AGENZIA/UFFICIO **Fil. Rimini Centro**

PROV. **RN**

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

3. NUMERO DI RIFERIMENTO (*)

[Empty box for reference number]

DATI ANAGRAFICI

4. COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE: **ROSSI** NOME: **ANITA** DATA DI NASCITA: **09/11/1934**
 SESSO M o F: **F** COMUNE (o Stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE: **FIVIZZANO** PROV.: **MS** CODICE FISCALE: **RSSNTA34S49D629Y**

5. COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE: **GARIBALDI** NOME: **GIUSEPPE** DATA DI NASCITA: **01/09/1904**
 SESSO M o F: **M** COMUNE (o Stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE: **GENOVA** PROV.: **GE** CODICE FISCALE: **GRBGP04P01D969L**

DATI DEL VERSAMENTO

6. UFFICIO O ENTE: **T A J** 7. COD. TERRITORIALE (*): [] 8. CONTENZIOSO: [] 9. CAUSALE: **S A** 10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO: Anno [] Numero []

11. CODICE TRIBUTO	12. DESCRIZIONE (*)	13. IMPORTO	14. COD. DESTINATARIO
6 4 9 T	IMPOSTA IPOTECARIA	5 3 7 8 , 0 0	[] [] []
7 3 7 T	IMPOSTA CATASTALE	2 7 7 3 , 0 0	[] [] []
4 5 6 T	IMPOSTA DI BOLLO	1 1 6 , 9 6	[] [] []
7 7 8 T	TASSA IPOTECARIA	7 0 , 0 0	[] [] []
8 8 6 T	TRIBUTI SPECIALI	2 0 , 6 6	[] [] []
[] [] []		[] [] []	[] [] []
[] [] []		[] [] []	[] [] []
[] [] []		[] [] []	[] [] []

PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO

8 3 5 8 , 6 2

EURO (lettere)

OTTOMILATRECENTOCINQUANTOTTO/62 CENTESIMI

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
[] [] []	[] []	[] [] []	07090	24210

FIRMA

[Empty box for signature]