

DELEGA IRREVOCABILE A:

**MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO**

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

**CONTRIBUENTE**

**CODICE FISCALE**

0 0 2 6 2 4 7 0 4 3 8

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

**DATI ANAGRAFICI**

COMUNE CIVITANOVA MARCHE

data di nascita

sexso (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

giorno mese anno

comune

prov.

via e numero civico

**DOMICILIO FISCALE**

Civitanova Marche

M C

PIAZZA XX SETTEMBRE 93

**CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare**

codice identificativo

**SEZIONE ERARIO ED ALTRO**

codice ufficio

codice atto

J 0 1

tipo

elementi identificativi

codice

anno di riferimento

importi a debito versati

R 2 0 1 6 R 0 0 9 0 4 9 0 1 2 0 2 2 MA11 2022 2698,75

**FIRMA**

**SALDO FINALE**

EURO +

2698,75

**ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)**

DATA

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

Pagamento effettuato con assegno

bancario/postale

n.ro

circolare/vaglia postale

tratto / emesso su

cod. ABI

CAB

Autorizzo addebito su

conto corrente bancario n°

cod. ABI

CAB

firma