

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO



DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

Codice fiscale 0 1 5 2 6 4 8 0 9 1 6

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

Dati anagrafici AZIENDA REGIONALE DELL 'EMERGENZA URGENZA DELLA SARDEGNA

Dati riservati all'ufficio 0 0 0 0 0 9 0 1 7 5 7 5 1 5 9 7 5 6

4. 855,00

MOTIVO DEL PAGAMENTO

codice tributo
ADEM

anno di riferimento
2023

importo a debito
4. 855,00

codice atto
90175751594

Periodo di Riferimento : Dal 01/01/2024 **AI** 31/12/2024

Data Scadenza : 31/12/2023

Causale : NUBP291 (UTPPRI01034495000) CANONE

Barrire in caso di versamento da parte di erede, genitore, tutore o curatore fallimentare

ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO)

Pagamento effettuato con assegno n°

bancario/postale

tratto/emesso su ABI _____ CAB _____

circolare/vaglia postale

DATA

CODICE BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO

AZIENDA

CAB/SPORTELLO

giorno mese anno

CODICE BARRE



AGENZIA DELLE ENTRATE

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO



DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

Codice fiscale 0 1 5 2 6 4 8 0 9 1 6

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

Dati anagrafici AZIENDA REGIONALE DELL 'EMERGENZA URGENZA DELLA SARDEGNA

Dati riservati all'ufficio 0 0 0 0 0 9 0 1 7 5 7 5 1 5 9 7 5 6

4. 855,00

MOTIVO DEL PAGAMENTO

codice tributo
ADEM

anno di riferimento
2023

importo a debito
4. 855,00

codice atto
90175751594

Periodo di Riferimento : Dal 01/01/2024 **AI** 31/12/2024

Data Scadenza : 31/12/2023

Causale : NUBP291 (UTPPRI01034495000) CANONE

FIRMA

Autorizzo addebito su c/c bancario/postale n° _____ ABI _____ CAB _____

Firma _____

Barrire in caso di versamento da parte di erede, genitore, tutore o curatore fallimentare

ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO)

Pagamento effettuato con assegno n°

bancario/postale

tratto/emesso su ABI _____ CAB _____

circolare/vaglia postale

DATA

CODICE BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO

AZIENDA

CAB/SPORTELLO

giorno mese anno

CODICE BARRE



IMPORTANTE: NON SCRIVERE NELLA ZONA SOTTOSTANTE RISERVATA ALL'UFFICIO

Copia per il soggetto che effettua il versamento

Copia per la banca/poste/concessionario

MOD. F24 PREDETERMINATO GENERALIZZATO - 2005