Agenzia Entrate

Mod. **F24** Semplificato

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A: test del

AGENZIA agency PROV. M I

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE R S S M L B 8 0 A 0 1 A 2 0 0 D

codice ufficio

codice atto

DATI ANAGRAFICI

cognome, denominazione o ragione sociale: ROSSI

nome: MARIO ALBERTO

data di nascita (giorno mese anno): 0 1 0 1 1 9 8 0

sesso (M o F): M

comune (o Stato estero) di nascita: MILANO

prov.: M I

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

codice identificativo

MOTIVO DEL PAGAMENTO

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

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 R		1 2 1 1						0101	2020	6,04	6,04	

SALDO FINALE **EURO** + 6,04

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 postale

n.ro

tratto / emesso su

cod. ABI CAB

COPIA PER IL SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO

Agenzia Entrate

Mod. **F24** Semplificato

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A: test del

AGENZIA agency PROV. M I

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE R S S M L B 8 0 A 0 1 A 2 0 0 D

codice ufficio

codice atto

DATI ANAGRAFICI

cognome, denominazione o ragione sociale: ROSSI

nome: MARIO ALBERTO

data di nascita (giorno mese anno): 0 1 0 1 1 9 8 0

sesso (M o F): M

comune (o Stato estero) di nascita: MILANO

prov.: M I

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

codice identificativo

MOTIVO DEL PAGAMENTO

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

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 R	TSC1	1 2 1 1						0101	2020	6,04	6,04	

FIRMA

SALDO FINALE **EURO** + 6,04

Autorizzo addebito su c/c IBAN I T

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 postale

n.ro

tratto / emesso su

cod. ABI CAB

COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE