

# **MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO**

DELEGA IRREVOCABILE A: BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENA S.p.A.

AGENZIA

PROV.

## CONTRIBUENTE

DATI ANAGRAFICI cognome, denominazione o ragione sociale nome

data di nascita (giorno mese anno) sesso (M o F) comune (o Stato estero) di nascita prov.

**DOMICILIO FISCALE** comune prov. via e numero civico  
MATTOPI SIA VIA CAETANO CARONE 47

**CODICE FISCALE** del coobbligato, erede,

## **SEZIONE FRABIO**

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

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE				
			AZIENDA		CAB/SPORTELLO		
giorno	mese	anno					
			01030	76230			
					Pagamento effettuato con assegno	<input type="checkbox"/>	bancario/postale
			n.ro			<input type="checkbox"/>	circolare/vaglia postale
			tratto / emesso su				
					cod. ABI	CAB	