Agenzia Entrate

Mod. **F24** Semplificato

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE codice ufficio codice atto

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.

CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare codice identificativo 02

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

Sezione	cod. tributo	codice ente	immob. ravv. variati acc.	num. saldo immob.	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	detrazione	importi a debito versati	importi a credito compensati
E R	TSC3					2021	,	12,09	,
							,	,	,
							,	,	,
							,	,	,
							,	,	,
							,	,	,
							,	,	,
							,	,	,
							,	,	,
							,	,	,
							,	,	,

SALDO FINALE EURO + 12,09

COPIA PER IL SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO

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

Agenzia Entrate

Mod. **F24** Semplificato

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE codice ufficio codice atto

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.

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

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

Sezione	cod. tributo	codice ente	immob. ravv. variati acc.	num. saldo immob.	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	detrazione	importi a debito versati	importi a credito compensati
E R	TSC3					2021	,	12,09	,
							,	,	,
							,	,	,
							,	,	,
							,	,	,
							,	,	,
							,	,	,
							,	,	,
							,	,	,
							,	,	,
							,	,	,

FIRMA

SALDO FINALE EURO + 12,09

Autorizzo addebito su c/c IBAN IT

COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

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