

ESEMPIO DI COMPILAZIONE



Mod. F24 semplificato

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PROV

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO PER L'ACCREDITAMENTO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

DATI ANAGRAFICI

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

data di nascita
gg/mm/aaaa

sesto M o F

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

CODICE FISCALE del coobbligato,
erede, tutore o curatore fallimentare

codice identificativo

MOTIVO DEL PAGAMENTO

sezione	codice tributo	codice ente	Immob. Ravv.	Immob. Variati	Immob. Acc.	Immob. Saldo	numero immobili	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	detrazione	importi a debito versati	importi a credito compensati
EL	3850	FI							2015			53,00
EL	3850	FI							2023		120,00	
											EURO	+ 67,00

ESEMPIO DI COMPILAZIONE

SALDO FINALE

EURO

+

67,00

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

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

COPIA PER IL SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO



Mod. F24 semplificato

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PROV

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO PER L'ACCREDITAMENTO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

DATI ANAGRAFICI

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

data di nascita
gg/mm/aaaa

sesto M o F

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

CODICE FISCALE del coobbligato,
erede, tutore o curatore fallimentare

codice identificativo

MOTIVO DEL PAGAMENTO

sezione	codice tributo	codice ente	Immob. Ravv.	Immob. Variati	Immob. Acc.	Immob. Saldo	numero immobili	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	detrazione	importi a debito versati	importi a credito compensati
EL	3850	FI							2015			53,00
EL	3850	FI							2023		120,00	
											EURO	+ 67,00

FIRMA

SALDO FINALE

EURO

+

67,00

Autorizzo addebito su

C/C. IBAN

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

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

COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE