Mod. F23

AGENZIA DELLE ENTRATE

# MODELLO DI PAGAMENTO: TASSE, IMPOSTE, SANZIONI E ALTRE ENTRATE

1. VERSAMENTO DIRETTO AL CONCESSIONARIO DI

2. DELEGA IRREVOCABILE A

AGENZIA/UFFICIO PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

3. NUMERO DI RIFERIMENTO (*)

## DATI ANAGRAFICI

4. COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE: REGIONE CALABRIA
NOME
DATA DI NASCITA (giorno mese anno)
SESSO M o F
COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE
PROV.
CODICE FISCALE: 02205340793

5. COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE
NOME
DATA DI NASCITA (giorno mese anno)
SESSO M o F
COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE
PROV.
CODICE FISCALE

## DATI DEL VERSAMENTO

6. UFFICIO O ENTE: Z37 (codice) (sub. codice (*))
7. COD. TERRITORIALE (*)
8. CONTENZIOSO: 2
9. CAUSALE
10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO: Anno 2024 Numero 0004071417

| 11. CODICE TRIBUTO | 12. DESCRIZIONE (*) | 13. IMPORTO | 14. COD. DESTINATARIO |
|---|---|---|---|
| 173T | CONTRIBUTO UNIFICATO TRIBUTARIO | 30,00 | |
| 667T | SPESE DI NOTIFICA | 8,75 | |

PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO 38,75

EURO (lettere)

trentotto/75

## ESTREMI DEL VERSAMENTO
(DA COMPILARE A CURA DEL CONCESSIONARIO, DELLA BANCA O DELLE POSTE)

| DATA (giorno mese anno) | CODICE CONCESSIONE/BANCA/POSTE | |
|---|---|---|
| | AZIENDA | CAB/SPORTELLO |
| | | |

FIRMA

Autorizzo addebito sul conto corrente bancario

n. _____ _____/_____
cod. ABI CAB

firma _____

MOD. F23 - 2002 EURO

(*) RISERVATO ALL'UFFICIO

COPIA PER IL CONCESSIONARIO/BANCA/POSTE

AGENZIA DELLE ENTRATE

Mod. F23

# MODELLO DI PAGAMENTO: TASSE, IMPOSTE, SANZIONI E ALTRE ENTRATE

1. VERSAMENTO DIRETTO AL CONCESSIONARIO DI

2. DELEGA IRREVOCABILE A

AGENZIA/UFFICIO PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

3. NUMERO DI RIFERIMENTO (*)

## DATI ANAGRAFICI

4. COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE: REGIONE CALABRIA
NOME:
DATA DI NASCITA (giorno mese anno):
SESSO M o F:
COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE:
PROV.:
CODICE FISCALE: 02205340793

5. COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE:
NOME:
DATA DI NASCITA (giorno mese anno):
SESSO M o F:
COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE:
PROV.:
CODICE FISCALE:

## DATI DEL VERSAMENTO

6. UFFICIO O ENTE: Z37 (codice); sub. codice (*)
7. COD. TERRITORIALE (*):
8. CONTENZIOSO: 2
9. CAUSALE:
10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO: Anno 2024 Numero 0004071417

| 11. CODICE TRIBUTO | 12. DESCRIZIONE (*) | 13. IMPORTO | 14. COD. DESTINATARIO |
|---|---|---|---|
| 173T | CONTRIBUTO UNIFICATO TRIBUTARIO | 30,00 | |
| 667T | SPESE DI NOTIFICA | 8,75 | |

PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO 38,75

EURO (lettere) trentotto/75

## ESTREMI DEL VERSAMENTO
(DA COMPILARE A CURA DEL CONCESSIONARIO, DELLA BANCA O DELLE POSTE)

| DATA (giorno mese anno) | CODICE CONCESSIONE/BANCA/POSTE | |
|---|---|---|
| | AZIENDA | CAB/SPORTELLO |
| | | |

FIRMA

MOD. F 23 - 2002 EURO

(*) RISERVATO ALL'UFFICIO

COPIA PER IL SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO

Mod. F23

AGENZIA DELLE ENTRATE

# MODELLO DI PAGAMENTO: TASSE, IMPOSTE, SANZIONI E ALTRE ENTRATE

1. VERSAMENTO DIRETTO AL CONCESSIONARIO DI

2. DELEGA IRREVOCABILE A

AGENZIA/UFFICIO PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

3. NUMERO DI RIFERIMENTO (*)

## DATI ANAGRAFICI

4. COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE: REGIONE CALABRIA
NOME
DATA DI NASCITA (giorno mese anno)
SESSO M o F
COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE
PROV.
CODICE FISCALE: 02205340793

5. COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE
NOME
DATA DI NASCITA (giorno mese anno)
SESSO M o F
COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE
PROV.
CODICE FISCALE

## DATI DEL VERSAMENTO

6. UFFICIO O ENTE: codice Z37; sub. codice (*)
7. COD. TERRITORIALE (*)
8. CONTENZIOSO: 2
9. CAUSALE
10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO: Anno 2024; Numero 0004071417

| 11. CODICE TRIBUTO | 12. DESCRIZIONE (*) | 13. IMPORTO | 14. COD. DESTINATARIO |
|---|---|---|---|
| 173T | CONTRIBUTO UNIFICATO TRIBUTARIO | 30,00 | |
| 677T | SPESE DI NOTIFICA | 8,75 | |

PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO 38,75

EURO (lettere)

trentotto/75

## ESTREMI DEL VERSAMENTO
(DA COMPILARE A CURA DEL CONCESSIONARIO, DELLA BANCA O DELLE POSTE)

| DATA (giorno mese anno) | CODICE CONCESSIONE/BANCA/POSTE | |
|---|---|---|
| | AZIENDA | CAB/SPORTELLO |
| | | |

FIRMA

MOD. F 23 - 2002 EURO

(*) RISERVATO ALL'UFFICIO

COPIA PER EVENTUALE PRESENTAZIONE ALL'UFFICIO