



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

1. **VERSAMENTO DIRETTO AL CONCESSIONARIO DI**

[Empty box for direct payment to the concessionary]

2. **DELEGA IRREVOCABILE A**

BANCO BPM SPA

AGENZIA/UFFICIO **MILAZZO** PROV. **ME**
PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

3. **NUMERO DI RIFERIMENTO (*)**

[Empty box for reference number]

DATI ANAGRAFICI

4. **COMUNE DI MILAZZO**
COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE: [Empty] NOME: [Empty] DATA DI NASCITA: [Empty]
SESSO M o F: [Empty] COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE: [Empty] PROV. **ME** CODICE FISCALE **00226540839**

5. [Empty fields for second taxpayer data]

DATI DEL VERSAMENTO

6. **UFFICIO O ENTE** **TXH** 7. **COD. TERRITORIALE (*)** 8. **CONTENZIOSO** 9. **CAUSALE** 10. **ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO**
Anno **1993** Numero **1035**

11. CODICE TRIBUTO	12. DESCRIZIONE (*)	13. IMPORTO	14. COD. DESTINATARIO
110T		31,61	
964T		3,72	
		,	
		,	
		,	
		,	
		,	
		,	
		,	
		35,33	

PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO

EURO (lettere)

TRENTACINQUEEURO / 33 =====

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

DATA	CODICE CONCESSIONE/BANCA/POSTE	
	AZIENDA	CAB/SPORELLO
giorno mese anno		

FIRMA
[Empty box for signature]

Autorizzo addebito sul conto corrente bancario
n. _____ / _____
cod. ABI _____ CAB _____
firma _____



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

1. VERSAMENTO DIRETTO AL CONCESSIONARIO DI

[Empty box for beneficiary name]

2. DELEGA IRREVOCABILE A

BANCO BPM SPA

AGENZIA/UFFICIO MILAZZO PROV. ME

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

3. NUMERO DI RIFERIMENTO (*) [Empty box]

DATI ANAGRAFICI

4. COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE: COMUNE DI MILAZZO
 NOME: [Empty]
 DATA DI NASCITA: [Empty]
 SESSO M o F: [Empty]
 COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE: [Empty]
 PROV.: ME CODICE FISCALE: 00226540839

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

DATI DEL VERSAMENTO

6. UFFICIO O ENTE: TXH codice sub. codice (*) [Empty]
 7. COD. TERRITORIALE (*) [Empty]
 8. CONTENZIOSO: [Empty]
 9. CAUSALE: RP
 10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO: Anno 1993 Numero 1035

11. CODICE TRIBUTO	12. DESCRIZIONE (*)	13. IMPORTO	14. COD. DESTINATARIO
110T		31,61	
964T		3,72	
		,	
		,	
		,	
		,	
		,	
		,	
		,	
		,	
		35,33	

PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO 35,33

EURO (lettere)
 TRENTACINQUE EURO / 33 =====

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

DATA	CODICE CONCESSIONE/BANCA/POSTE	
	AZIENDA	CAB/SPORELLLO
giorno mese anno		

[Large empty box for stamp or signature]

