MINISTERO DELLE FINANZE

DIPARTIMENTO DELLE ENTRATE - DIREZIONE CENTRALE PER LA RISCOSSIONE
Mod. 23 - Modulario F. 23 - 1999

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

1. VERSAMENTO DIRETTO AL CONCESSIONARIO DI

2. DELEGA IRREVOCABILE A

AGENZIA PROV.

PER L'ACCREDITO AL CONCESSIONARIO COMPETENTE

3. NUMERO DI RIFERIMENTO(*)

DATI ANAGRAFICI

4. 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

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, sub codice(*))
7. COD. TERRITORIALE (*)
8. CONTENZIOSO
9. CAUSALE
10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO (Anno, Numero)

11. CODICE TRIBUTO	12. DESCRIZIONE (*)	13. IMPORTO	14. COD. DESTINATARIO
		.000	
		.000	
		.000	
		.000	
		.000	
		.000	
		.000	
		.000	

LIRE (lettere)

PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI L. .000

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 del versante

Pagamento effettuato con assegno ☐ bancario ☐ circolare

n° .....

tratto / emesso su ..... / ..... (cod. ABI / CAB)

Autorizzo addebito sul conto corrente ☐ bancario ☐ postale

n° ..... / ..... (cod. ABI / CAB)

firma .....

COPIA PER IL CONCESSIONARIO / BANCA / POSTE

(*) RISERVATO ALL'UFFICIO

MINISTERO DELLE FINANZE

DIPARTIMENTO DELLE ENTRATE - DIREZIONE CENTRALE PER LA RISCOSSIONE
Mod. 23 - Modulario F. 23 - 1999

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

1. VERSAMENTO DIRETTO AL CONCESSIONARIO DI

2. DELEGA IRREVOCABILE A

AGENZIA PROV.

PER L'ACCREDITO AL CONCESSIONARIO COMPETENTE

3. NUMERO DI RIFERIMENTO(*)

DATI ANAGRAFICI

4. 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

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, sub codice(*))
7. COD. TERRITORIALE (*)
8. CONTENZIOSO
9. CAUSALE
10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO (Anno, Numero)

11. CODICE TRIBUTO	12. DESCRIZIONE (*)	13. IMPORTO	14. COD. DESTINATARIO
		.000	
		.000	
		.000	
		.000	
		.000	
		.000	
		.000	
		.000	

LIRE (lettere)

PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI L. .000

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

Pagamento effettuato con assegno ☐ bancario ☐ circolare

n°.....

tratto / emesso su ..... / .....
cod. ABI CAB

firma

COPIA PER IL SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO

(*) RISERVATO ALL'UFFICIO

MINISTERO DELLE FINANZE

DIPARTIMENTO DELLE ENTRATE - DIREZIONE CENTRALE PER LA RISCOSSIONE
Mod. 23 - Modulario F. 23 - 1999

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

1. VERSAMENTO DIRETTO AL CONCESSIONARIO DI

2. DELEGA IRREVOCABILE A

AGENZIA PROV.

PER L'ACCREDITO AL CONCESSIONARIO COMPETENTE

3. NUMERO DI RIFERIMENTO(*)

DATI ANAGRAFICI

4. 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

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, sub codice(*))
7. COD. TERRITORIALE (*)
8. CONTENZIOSO
9. CAUSALE
10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO (Anno, Numero)

11. CODICE TRIBUTO	12. DESCRIZIONE (*)	13. IMPORTO	14. COD. DESTINATARIO
		.000	
		.000	
		.000	
		.000	
		.000	
		.000	
		.000	
		.000	

LIRE (lettere)

PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI L. .000

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

Pagamento effettuato con assegno ☐ bancario ☐ circolare

n°.....

tratto / emesso su ..... / .....
cod. ABI CAB

firma

COPIA PER EVENTUALE PRESENTAZIONE ALL'UFFICIO

(*) RISERVATO ALL'UFFICIO