



1. VERSAMENTO DIRETTO AL CONCESSIONARIO DI

--

2. DELEGA IRREVOCABILE A

--

AGENZIA/UFFICIO

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

3. NUMERO DI RIFERIMENTO (*)

COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE		NOME		DATA DI NASCITA	
4. _____		_____		_____ giorno mese anno	
SESSO M o F	COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE	PROV.	CODICE FISCALE		
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	_____ _____		

COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE		NOME		DATA DI NASCITA	
5. _____		_____		_____ giorno mese anno	
SESSO M o F	COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE	PROV.	CODICE FISCALE		
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	_____ _____		

[illegible]

PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO

EURO (lettere)

QUARANTANOVE, CINQUANTOTTO

ESTREMI DEL VERSAMENTO

DA COMPIRE A CURA DEL CONCESSIONARIO, DELLA BANCA O DELLE POSTE

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

FIRMA

FIRMA	

Autorizzo addebito sul conto corrente bancario

n. _____ /

cod. ABI

CAB

firma _____