



--

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

3. NUMERO DI RIFERIMENTO (*)

4. COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE	NOME	DATA DI NASCITA <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; height: 30px;"></td> <td style="width: 33%; height: 30px;"></td> <td style="width: 33%; height: 30px;"></td> </tr> </table>			
SESSO M o F	COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE	PROV.			
CODICE FISCALE					

5. COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE Azienda USL di Ferrara	NOME	DATA DI NASCITA <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; height: 30px;"></td> <td style="width: 33%; height: 30px;"></td> <td style="width: 33%; height: 30px;"></td> </tr> </table>			
SESSO M o F	COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE Ferrara	PROV. F E			
CODICE FISCALE 0 1 2 9 5 9 6 0 3 8 7					

DATI DEL VERSAMENTO

T	G	5	
codice			sub. codice (*)

7. COD. TERRITORIALE (*) 8. CONTENZIOSO 9. CAUSALE 10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO

Anno	Numero
2021	CIG 8598234F25

11. CODICE TRIBUTO[illegible]

12. DESCRIZIONE (*)

[illegible]

13. IMPORTO

[illegible]

14. COD. DESTINATARIO

[illegible]

PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO

EURO (lettere)

SEDICI,00

ESTREMI DEL VERSAMENTO

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

DATA					CODICE CONCESSIONE/BANCA/POSTE	
					AZIENDA	CAB/SPORTELLLO
giorno	mese	2	0	2	1	0

FIRMA

Autorizzo addebito sul conto corrente bancario

n. _____ / _____

cod. ABI

CAB

firma _____



--

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

3. NUMERO DI RIFERIMENTO (*)

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
M			F	

5.		COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE	NOME	DATA DI NASCITA
		Azienda USL di Ferrara		giorno mese anno
SESSO M o F	COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE		PROV.	CODICE FISCALE
F	Ferrara		E	01295960387

6. UFFICIO O ENTE

T	G	5		
codice			sub. codice (*)	

7. COD. TERRITORIALE (*)

--	--	--	--

8. CONTENZIOSO

--

9. CAUSALE

--

10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO

Anno	Numero
2 0 2 1	C I G 8 5 9 8 2 3 4 F 2 5

11. CODICE TRIBUTO

12. DESCRIZIONE (*)

13. IMPORTO

14. COD. DESTINATARIO

[illegible][illegible][illegible][illegible]

PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO

EURO (lettere)

SEDICI,00

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

DATA					CODICE CONCESSIONE/BANCA/POSTE	
					AZIENDA	CAB/SPORTELLO
giorno	mese	2	0	2	1	0



--

--

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

3. NUMERO DI RIFERIMENTO (*)

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
M			F	

5.		COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE	NOME	DATA DI NASCITA
		Azienda USL di Ferrara		giorno mese anno
SESSO M o F	COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE		PROV.	CODICE FISCALE
F	Ferrara		E	01295960387

6. UFFICIO O ENTE	7. COD. TERRITORIALE (*)	8. CONTENZIOSO	9. CAUSALE	10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO
T G 5 codice sub. codice (*)				Anno Numero

11. CODICE TRIBUTO

12. DESCRIZIONE (*)

13. IMPORTO

14. COD. DESTINATARIO

[illegible][illegible][illegible]

PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO

EURO (lettere)

SEDICI,00

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

DATA					CODICE CONCESSIONE/BANCA/POSTE	
					AZIENDA	CAB/SPORTELLO
giorno	mese	2	0	2	1	0