Agenzia Entrate

Mod. **F24** Semplificato

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE SMTJHN00A01Z404S

codice ufficio

codice atto

DATI ANAGRAFICI

cognome, denominazione o ragione sociale: SMITH

nome: John

data di nascita (giorno mese anno): 01 01 2000

sesso (M o F): M

comune (o Stato estero) di nascita: STATI UNITI

prov.

CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare

codice identificativo

MOTIVO DEL PAGAMENTO

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

Sezione	cod. tributo	codice ente	ravv.	immob. variati	acc.	saldo	num. immob.	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	detrazione	importi a debito versati	importi a credito compensati
RG	8846	17				X		0101	2024	,	700,00	,

SALDO FINALE EURO + 700,00

ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)

DATA (giorno mese anno)

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE: AZIENDA, CAB/SPORTELLO

Pagamento effettuato con assegno

n.ro

tratto / emesso su

☐ bancario/postale

☐ circolare/vaglia postale

cod. ABI CAB

COPIA PER IL SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO

Agenzia Entrate

Mod. **F24** Semplificato

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE SMTJHN00A01Z404S

codice ufficio

codice atto

DATI ANAGRAFICI

cognome, denominazione o ragione sociale: SMITH

nome: John

data di nascita (giorno mese anno): 01 01 2000

sesso (M o F): M

comune (o Stato estero) di nascita: STATI UNITI

prov.

CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare

codice identificativo

MOTIVO DEL PAGAMENTO

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

Sezione	cod. tributo	codice ente	ravv.	immob. variati	acc.	saldo	num. immob.	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	detrazione	importi a debito versati	importi a credito compensati
RG	8846	17				X		0101	2024	,	700,00	,

SALDO FINALE EURO + 700,00

ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)

DATA (giorno mese anno)

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE: AZIENDA, CAB/SPORTELLO

Pagamento effettuato con assegno

n.ro

tratto / emesso su

☐ bancario/postale

☐ circolare/vaglia postale

cod. ABI CAB

FIRMA

Autorizzo addebito su c/c IBAN IT

COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE