Cancella Dati | Stampa Dati

Agenzia Entrate

Mod. F24 Semplificato

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE | codice ufficio | codice atto

DATI ANAGRAFICI cognome, denominazione o ragione sociale | nome

data di nascita (giorno, mese, anno) | sesso (M o F) | comune (o Stato estero) di nascita | 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
E R	TSC1								2025		6,04	
E R	TSC2								2025		15,13	

SALDO FINALE — EURO + 21,17

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 ____ cod. ABI ____ CAB

☐ bancario/postale ☐ circolare/vaglia postale

COPIA PER IL SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO

Agenzia Entrate

Mod. F24 Semplificato

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE | codice ufficio | codice atto

DATI ANAGRAFICI cognome, denominazione o ragione sociale | nome

data di nascita (giorno, mese, anno) | sesso (M o F) | comune (o Stato estero) di nascita | 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
E R	TSC1								2025		6,04	
E R	TSC2								2025		15,13	

FIRMA

SALDO FINALE — EURO + 21,17

Autorizzo addebito su c/c IBAN

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 ____ cod. ABI ____ CAB

☐ bancario/postale ☐ circolare/vaglia postale

COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE