

AVVISO DI LIQUIDAZIONE DELL'IMPOSTA
IRROGAZIONE DELLE SANZIONI

AVVISO NUM. 2017/002/DI/000000608/0/002

DIREZIONE PROVINCIALE DI ROVIGO
UFFICIO TERRITORIALE DI ROVIGO (T5Y)

Il DIRETTORE
PROVINCIALE CANNARELLA GIUSEPPE

avverte

AZIENDA A.S.L. N 4 LANUSEI

E PER ESSA L'ATTUALE SOGG. RESPONSABILE
C.F. 00978060911

DOMICILIATO IN
VIA PISCINAS 5 08045 LANUSEI (NU)

che in relazione AL DECRETO INGIUNTIVO N. 000000608/2017

DEL 07/04/17 EMESSO DAL TRIBUNALE DI ROVIGO

e per i seguenti motivi:

DEC.ING. DERIVANTE DA MANCATO PAGAMENTO FATTURE - ATTO SOGGETTO - IMPOSTA DI
REGISTRO (PARI A DUE TASSE FISSE DI EURO 200) AI SENSI DEL DPR 131/86 COMBINATO
DISPOSTO ARTT 22 E 37.
AI SENSI DELL'ART.57, COMMA 1, DEL RICHIAMATO DPR 131/86 SONO SOLIDALMENTE
OBBLIGATI AL PAGAMENTO DELL'IMPOSTA LE PARTI IN CAUSA.
- FALL. ENCOPRO SRL C/ AZ. USL N.4 LANUSEI

le imposte, le sanzioni pecuniarie e gli interessi di mora, dovuti in solido da
tutte le parti in causa, sono stati liquidati come segue:

REGISTRO: ALTRE VOCI - PROP.	109T	647,00
REGISTRO: ALTRE VOCI - PROP.	109T	400,00
ENTR. EVENT. AG.DELLE ENTRATE	806T	17,50
TOTALE DOVUTO		1.064,50 EURO

ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE

PG/2018/204324 del 19/06/2018 ore 12,42

Uffici: AGENZIA DELLE ENTRATE - ROVIGO

Assegnatario: ASL Sassari Servizio Affari

Classifica: 1



IL FUNZIONARIO DELEGATO (*)
SIMONA MILAN

(*) FIRMA SU DELEGA DEL DIRETTORE PROVINCIALE CANNARELLA GIUSEPPE

AGENZIA DELLE ENTRATE



Mod. 740/99

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

1. VERSAMENTO DIRETTO AL CONCESSIONARIO DI

2. DELEGA IRREVOCABILE A

AGENZIA/UFFICIO

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

3. NUMERO DI RIFERIMENTO (*)

T 5 Y 2 0 1 8 7 1 0 0 0 2 4 6 4 9

DATI ANAGRAFICI

4. COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE: AZIENDA A.S.L. N 4 LANUSEI
 NOME: _____ DATA DI NASCITA: _____
 SESSO M o F: M F
 COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE: _____ PROV: _____ CODICE FISCALE: 0 0 9 7 8 0 6 0 9 1 1
 giorno mese anno

5. COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE: _____ NOME: _____ DATA DI NASCITA: _____
 SESSO M o F: M F
 COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE: _____ PROV: _____ CODICE FISCALE: _____
 giorno mese anno

DATI DEL VERSAMENTO

6. UFFICIO O ENTE

T 5 Y
codice sub. codice (*)

7. COD. TERRITORIALE (*)

R G

8. CONTENZIOSO 9. CAUSALE 10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO

Anno Numero
2 0 1 7 0 0 2 D I 0 0 0 0 0 0 6 0 8 0

11. CODICE TRIBUTO

1 0 9 T
8 0 6 T

12. DESCRIZIONE (*)

REGISTRO: ALTRE VOCI - PROP.
ENTR. EVENT. AG. DELLE ENTRATE

13. IMPORTO

1.047,00
17,50

1.064,50

14. COD. DESTINATARIO

PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO

EURO (lettere)

MILLESESSANTAQUATTRO / 50

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>