



--

--

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

<b>4.</b>	COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE _____	NOME _____	DATA DI NASCITA _____
	SESSO M o F <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div>	COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE <div style="border: 1px solid black; width: 330px; height: 40px; margin: 5px auto;"></div>	PROV. <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 40px; margin: 5px auto;"></div>
		CODICE FISCALE <div style="border: 1px solid black; width: 330px; height: 40px; margin: 5px auto;"></div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>giorno</span> <span>mese</span> <span>anno</span> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 330px; height: 40px; margin: 5px auto;"></div>

  

<b>5.</b>	COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE _____	NOME _____	DATA DI NASCITA _____
	SESSO M o F <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div>	COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE <div style="border: 1px solid black; width: 330px; height: 40px; margin: 5px auto;"></div>	PROV. <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 40px; margin: 5px auto;"></div>
		CODICE FISCALE <div style="border: 1px solid black; width: 330px; height: 40px; margin: 5px auto;"></div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>giorno</span> <span>mese</span> <span>anno</span> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 330px; height: 40px; margin: 5px auto;"></div>

6. UFFICIO O ENTE	7. COD. TERRITORIALE (*)	8. CONTENZIOSO	9. CAUSALE	10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; background-color: #f0f0f0; margin-bottom: 5px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <span>codice</span> <span>sub. codice (*)</span> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 30px; background-color: #f0f0f0; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div>		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: x-small; margin-bottom: 5px;"> <span>Anno</span> <span>Numero</span> </div> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; position: relative;"> <!-- Visual representation of the grid --> </div>

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

PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO

EURO (lettere)

--

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

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

**FIRMA**

Autorizzo addebito sul conto corrente bancario

n. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

cod. ABI

CAB

firma \_\_\_\_\_



--

--

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

### 3. NUMERO DI RIFERIMENTO (\*)

<b>4.</b>	COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE	NOME		DATA DI NASCITA <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 0.8em;"> <span>giorno</span> <span>me</span> <span>se</span> <span>anno</span> </div>
	SESSO M o F	COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE	PROV.	CODICE FISCALE

  

<b>5.</b>	COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE	NOME		DATA DI NASCITA <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 0.8em;"> <span>giorno</span> <span>me</span> <span>se</span> <span>anno</span> </div>
	SESSO M o F	COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE	PROV.	CODICE FISCALE

<b>6. UFFICIO O ENTE</b>	<b>7. COD. TERRITORIALE (*)</b>	<b>8. CONTENZIOSO</b>	<b>9. CAUSALE</b>	<b>10. ESTREMI DELL'ATTO O DEL DOCUMENTO</b>
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin-bottom: 5px; background-color: #f0f0f0;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">codice</div> <div style="text-align: center;">sub. codice (*)</div> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 30px; background-color: #f0f0f0;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px;"></div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Anno</div> <div>Numero</div> </div> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 0; left: 0; right: 0; border-bottom: 1px solid black;"></div> </div>

**11. CODICE TRIBUTO**

## 12. DESCRIZIONE (\*)

### 13. IMPORTO

14. COD. DESTINATARIO

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

PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO

EURO (lettere)

--

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

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



--

--

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

### 3. NUMERO DI RIFERIMENTO (\*)

<b>4.</b> COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE _____ _____ _____	NOME _____ _____ _____	DATA DI NASCITA _____ _____ _____
SESSO M o F <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div>	COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE <div style="border: 1px solid black; width: 330px; height: 40px; margin: 5px auto;"></div>	PROV. <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 40px; margin: 5px auto;"></div>
CODICE FISCALE <div style="border: 1px solid black; width: 330px; height: 40px; margin: 5px auto;"></div>		giorno      mese      anno <div style="border: 1px solid black; width: 330px; height: 40px; margin: 5px auto;"></div>

  

<b>5.</b> COGNOME, DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE _____ _____ _____	NOME _____ _____ _____	DATA DI NASCITA _____ _____ _____
SESSO M o F <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div>	COMUNE (o stato estero) DI NASCITA / SEDE SOCIALE <div style="border: 1px solid black; width: 330px; height: 40px; margin: 5px auto;"></div>	PROV. <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 40px; margin: 5px auto;"></div>
CODICE FISCALE <div style="border: 1px solid black; width: 330px; height: 40px; margin: 5px auto;"></div>		giorno      mese      anno <div style="border: 1px solid black; width: 330px; height: 40px; margin: 5px auto;"></div>

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

**11. CODICE TRIBUTO**

## 12. DESCRIZIONE (\*)

### 13. IMPORTO

## 14. COD. DESTINATARIO

PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO

PER UN IMPORTO COMPLESSIVO DI EURO

EURO (lettere)

--

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

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

Date: _____	
Patient Name: _____	
Room No: _____	
Ref: _____	
Physician: _____	
Nurse: _____	
Pharmacist: _____	
Dietician: _____	
Social Worker: _____	
Occupational Therapist: _____	
Physical Therapist: _____	
Speech Therapist: _____	
Psychologist: _____	
Psychiatrist: _____	
Endocrinologist: _____	
Neurologist: _____	
Cardiologist: _____	
Nephrologist: _____	
Oncologist: _____	
Gynecologist: _____	
Pediatrician: _____	
Geriatrician: _____	
Infectious Disease: _____	
Allergist: _____	
Dermatologist: _____	
Ophthalmologist: _____	
Otolaryngologist: _____	
Urologist: _____	
Orthopedist: _____	
Neurosurgeon: _____	
Plastic Surgeon: _____	
Radiologist: _____	
Anesthesiologist: _____	
Pathologist: _____	
Laboratory: _____	
Immunology: _____	
Genetics: _____	
Hematology: _____	
Oncology: _____	
Nephrology: _____	
Cardiology: _____	
Endocrinology: _____	
Gastroenterology: _____	
Pulmonology: _____	
Rheumatology: _____	
Infectious Disease: _____	
Allergy: _____	
Dermatology: _____	
Ophthalmology: _____	
Otolaryngology: _____	
Urology: _____	
Orthopedics: _____	
Neurosurgery: _____	
Plastic Surgery: _____	
Radiology: _____	
Anesthesiology: _____	
Pathology: _____	
Laboratory: _____	
Immunology: _____	
Genetics: _____	
Hematology: _____	
Oncology: _____	
Nephrology: _____	
Cardiology: _____	
Endocrinology: _____	
Gastroenterology: _____	
Pulmonology: _____	
Rheumatology: _____	
Infectious Disease: _____	
Allergy: _____	
Dermatology: _____	
Ophthalmology: _____	
Otolaryngology: _____	
Urology: _____	
Orthopedics: _____	
Neurosurgery: _____	
Plastic Surgery: _____	
Radiology: _____	
Anesthesiology: _____	
Pathology: _____	
Laboratory: _____	
Immunology: _____	
Genetics: _____	
Hematology: _____	
Oncology: _____	
Nephrology: _____	
Cardiology: _____	
Endocrinology: _____	
Gastroenterology: _____	
Pulmonology: _____	
Rheumatology: _____	
Infectious Disease: _____	
Allergy: _____	
Dermatology: _____	
Ophthalmology: _____	
Otolaryngology: _____	
Urology: _____	
Orthopedics: _____	
Neurosurgery: _____	
Plastic Surgery: _____	
Radiology: _____	
Anesthesiology: _____	
Pathology: _____	
Laboratory: _____	
Immunology: _____	
Genetics: _____	
Hematology: _____	
Oncology: _____	
Nephrology: _____	
Cardiology: _____	
Endocrinology: _____	
Gastroenterology: _____	
Pulmonology: _____	
Rheumatology: _____	
Infectious Disease: _____	
Allergy: _____	
Dermatology: _____	
Ophthalmology: _____	
Otolaryngology: _____	
Urology: _____	
Orthopedics: _____	
Neurosurgery: _____	
Plastic Surgery: _____	
Radiology: _____	
Anesthesiology: _____	
Pathology: _____	
Laboratory: _____	
Immunology: _____	
Genetics: _____	
Hematology: _____	
Oncology: _____	
Nephrology: _____	
Cardiology: _____	
Endocrinology: _____	
Gastroenterology: _____	
Pulmonology: _____	
Rheumatology: _____	
Infectious Disease: _____	
Allergy: _____	
Dermatology: _____	
Ophthalmology: _____	
Otolaryngology: _____	
Urology: _____	
Orthopedics: _____	
Neurosurgery: _____	
Plastic Surgery: _____	
Radiology: _____	
Anesthesiology: _____	
Pathology: _____	
Laboratory: _____	
Immunology: _____	
Genetics: _____	
Hematology: _____	
Oncology: _____	
Nephrology: _____	
Cardiology: _____	
Endocrinology: _____	
Gastroenterology: _____	
Pulmonology: _____	
Rheumatology: _____	
Infectious Disease: _____	
Allergy: _____	
Dermatology: _____	
Ophthalmology: _____	
Otolaryngology: _____	
Urology: _____	
Orthopedics: _____	
Neurosurgery: _____	
Plastic Surgery: _____	
Radiology: _____	
Anesthesiology: _____	
Pathology: _____	
Laboratory: _____	
Immunology: _____	
Genetics: _____	
Hematology: _____	
Oncology: _____	
Nephrology: _____	
Cardiology: _____	
Endocrinology: _____	
Gastroenterology: _____	
Pulmonology: _____	
Rheumatology: _____	
Infectious Disease: _____	
Allergy: _____	
Dermatology: _____	
Ophthalmology: _____	
Otolaryngology: _____	
Urology: _____	
Orthopedics: _____	
Neurosurgery: _____	
Plastic Surgery: _____	
Radiology: _____	
Anesthesiology: _____	
Pathology: _____	
Laboratory: _____	
Immunology: _____	
Genetics: _____	
Hematology: _____	
Oncology: _____	
Nephrology: _____	
Cardiology: _____	
Endocrinology: _____	
Gastroenterology: _____	
Pulmonology: _____	
Rheumatology: _____	
Infectious Disease: _____	
Allergy: _____	
Dermatology: _____	
Ophthalmology: _____	
Otolaryngology: _____	
Urology: _____	
Orthopedics: _____	
Neurosurgery: _____	
Plastic Surgery: _____	
Radiology: _____	
Anesthesiology: _____	
Pathology: _____	
Laboratory: _____	
Immunology: _____	
Genetics: _____	
Hematology: _____	
Oncology: _____	
Nephrology: _____	
Cardiology: _____	
Endocrinology: _____	
Gastroenterology: _____	
Pulmonology: _____	
Rheumatology: _____	
Infectious Disease: _____	
Allergy: _____	
Dermatology: _____	
Ophthalmology: _____	
Otolaryngology: _____	
Urology: _____	
Orthopedics: _____	
Neurosurgery: _____	
Plastic Surgery: _____	