

CONTO DELLA GESTIONE DEL SUB AGENTE CONTABILE

Trasmesso dal Sig./Sig.ra

Nato a il

C.F.

In qualità di legale rappresentante della ditta

C.F./P.IVA

con sede legale a

in via

Ente Titolare dell'Entrata: Comune di Gabicce Mare

Esercizio: Anno

Struttura Ricettiva

Tipologia

N. Ordine	Periodo e Oggetto della Riscossione	Riscossione Ricevuta nn.	Riscossione importo	Versamento in Tesoreria Quietanza nn.	Versamento Importo	Note
1	GIUGNO- <input type="text"/> Imposta di Soggiorno	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	LUGLIO - <input type="text"/> Imposta di Soggiorno	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	AGOSTO - <input type="text"/> Imposta di Soggiorno	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	SETTEMBRE - <input type="text"/> Imposta di Soggiorno	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		TOTALE EURO	<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Li,

AGENTE CONTABILE

Il presente atto contiene n. registrazioni in n. pagina

SPAZIO RISERVATO AL COMUNE

VISTO DI REGOLARITA' CONTABILE

Timbro Ufficio

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO FINANZIARIO