

# 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	APRILE- Imposta di Soggiorno					
2	MAGGIO - Imposta di Soggiorno					
3	GIUGNO- Imposta di Soggiorno					
4	LUGLIO - Imposta di Soggiorno					
5	AGOSTO - Imposta di Soggiorno					
6	SETTEMBRE - Imposta di Soggiorno					
		<b>TOTALE EURO</b>				

Lì,

**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**