



Avviso di pagamento n. 2025000000002419 - Recupero Ticket Sanitario

ENTE CREDITORE

Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza

DESTINATARIO

DI DIEGO LUCIA

DDGLCU56H46C349U

VIA TERRANOVA DA SIBARI
87012 CASTROVILLARI CS

QUANTO E QUANDO PAGARE?

Importo

166,08 Euro

entro il

30/09/2025

Puoi pagare per intero oppure in 4 rate.

In fase di pagamento, se previsto dall'ente, l'importo potrebbe essere aggiornato automaticamente e subire variazioni in diminuzione (per sgravi, note di credito) o in aumento (per sanzioni, interessi, ecc.).

DOVE PAGARE?

Vai su **pagopa.gov.it****PAGA CON L'APP IO**

oppure dal tuo Home Banking, con la tua app di pagamento o con gli altri canali abilitati.

**PAGA SUL TERRITORIO**

presso Banche e Sportelli ATM, negli Uffici Postali e Punti Postali, nei Bar, Edicole, Ricevitorie, Supermercati, Tabaccherie, e altri Esercenti Convenzionati.



DATI PER IL PAGAMENTO

Rata unica entro il 30/09/2025Inquadra il **codice QR** con la tua app di pagamento o usa i dati accanto.Destinatario
DI DIEGO LUCIAEnte Creditore
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI COSENZAOggetto del pagamento
Avviso di pagamento n. 2025000000002419 - Recupero Ticket Sanitario - Rata Unica

Cod. CBILL

Cod. Avviso

3112 0000 0203 6488Euro **166,08**

Cod. Fiscale Ente

Rata 1

Euro

41,52

Entro il

31/08/2025

Cod. Avviso

3112 0000 0203 6589

Cod. Fiscale Ente

Cod. CBILL

Destinatario
DI DIEGO LUCIAEnte Creditore
Azienda Sanitaria Provinciale di CosenzaOggetto del pagamento
Avviso di pagamento n. 2025000000002419Inquadra il **codice QR** con la tua app o usa i dati sopra.**Rata 2**

Euro

41,52

Entro il

30/09/2025

Cod. Avviso

3112 0000 0203 6690

Cod. Fiscale Ente

Cod. CBILL

Destinatario
DI DIEGO LUCIAEnte Creditore
Azienda Sanitaria Provinciale di CosenzaOggetto del pagamento
Avviso di pagamento n. 2025000000002419Inquadra il **codice QR** con la tua app o usa i dati sopra.



Avviso di pagamento n. 2025000000002419 - Recupero Ticket Sanitario

DATI PER IL PAGAMENTO

Destinatario **DI DIEGO LUCIA** Ente Creditore **Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza** Oggetto del pagamento **Avviso di pagamento n. 2025000000002419**

 Inquadra il **codice QR** con la tua app o usa i dati sotto.

Rata 3

Euro
41,52
Entro il
30/10/2025



Cod. Avviso
3112 0000 0203 6791

Cod. Fiscale Ente Cod. CBILL

Rata 4

Euro
41,52
Entro il
29/11/2025



Cod. Avviso
3112 0000 0203 6892

Cod. Fiscale Ente Cod. CBILL

