



# Avviso di pagamento n. 2025000000004329 - Recupero Ticket Sanitario

ENTE CREDITORE

**Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza**

DESTINATARIO

FRCGNN63B24D005Q

**FORCINITI GIOVANNI**VIA DEL PONENTE SNC  
87064 CORIGLIANO-ROSSANO CS

QUANTO E QUANDO PAGARE?

Importo

**115,37 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 30/09/2025**Inquadra il **codice QR** con la tua app di pagamento o usa i dati accanto.Destinatario  
**FORCINITI GIOVANNI**Ente Creditore  
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI COSENZA**Oggetto del pagamento  
**Avviso di pagamento n. 2025000000004329 - Recupero Ticket Sanitario - Rata Unica**

Cod. CBILL

Cod. Avviso

**3112 0000 0224 8267****Euro 115,37**

Cod. Fiscale Ente

**Rata 1**

Euro

**28,84**

Entro il

**31/08/2025**

Cod. Avviso

**3112 0000 0224 8368**

Cod. Fiscale Ente

Cod. CBILL

Destinatario  
**FORCINITI GIOVANNI**Ente Creditore  
**Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza**Oggetto del pagamento  
**Avviso di pagamento n. 2025000000004329**Inquadra il **codice QR** con la tua app o usa i dati sopra.**Rata 2**

Euro

**28,84**

Entro il

**30/09/2025**

Cod. Avviso

**3112 0000 0224 8469**

Cod. Fiscale Ente

Cod. CBILL

Destinatario  
**FORCINITI GIOVANNI**Ente Creditore  
**Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza**Oggetto del pagamento  
**Avviso di pagamento n. 2025000000004329**Inquadra il **codice QR** con la tua app o usa i dati sopra.





# Avviso di pagamento n. 2025000000004329 - Recupero Ticket Sanitario

## DATI PER IL PAGAMENTO

Destinatario **FORCINITI GIOVANNI** Ente Creditore **Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza** Oggetto del pagamento **Avviso di pagamento n. 2025000000004329**

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

### Rata 3

Euro  
**28,84**  
Entro il  
**30/10/2025**



Cod. Avviso  
**3112 0000 0224 8570**

Cod. Fiscale Ente      Cod. CBILL

### Rata 4

Euro  
**28,85**  
Entro il  
**29/11/2025**



Cod. Avviso  
**3112 0000 0224 8671**

Cod. Fiscale Ente      Cod. CBILL

