



Avviso di pagamento n. 2025000000005319 - Recupero Ticket Sanitario

ENTE CREDITORE

Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza

DESTINATARIO

MARTINI FLORENZIA

MRTFRN86P55G317W

CONTRADA ANGILLA 33
87022 CETRARO CS

QUANTO E QUANDO PAGARE?

Importo

116,00 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
MARTINI FLORENZIAEnte Creditore
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI COSENZAOggetto del pagamento
Avviso di pagamento n. 2025000000005319 - Recupero Ticket Sanitario - Rata Unica

Cod. CBILL

Cod. Avviso

3112 0000 0235 2082Euro **116,00**

Cod. Fiscale Ente

Rata 1

Euro

29,00

Entro il

31/08/2025

Cod. Avviso

3112 0000 0235 2183

Cod. Fiscale Ente

Cod. CBILL



Destinatario

MARTINI FLORENZIA

Ente Creditore

Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza

Oggetto del pagamento

Avviso di pagamento n. 2025000000005319Inquadra il **codice QR** con la tua app o usa i dati sopra.**Rata 2**

Euro

29,00

Entro il

30/09/2025

Cod. Avviso

3112 0000 0235 2284

Cod. Fiscale Ente

Cod. CBILL



Destinatario

MARTINI FLORENZIA

Ente Creditore

Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza

Oggetto del pagamento

Avviso di pagamento n. 2025000000005319Inquadra il **codice QR** con la tua app o usa i dati sopra.



Avviso di pagamento n. 2025000000005319 - Recupero Ticket Sanitario

DATI PER IL PAGAMENTO

Destinatario **MARTINI FLORENZIA** Ente Creditore **Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza** Oggetto del pagamento **Avviso di pagamento n. 2025000000005319**

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

Rata 3

Euro
29,00
Entro il
30/10/2025



Cod. Avviso
3112 0000 0235 2385

Cod. Fiscale Ente Cod. CBILL

Rata 4

Euro
29,00
Entro il
29/11/2025



Cod. Avviso
3112 0000 0235 2486

Cod. Fiscale Ente Cod. CBILL

