

DELEGA IRREVOCABILE A:

**MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO**

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

**CONTRIBUENTE**

**CODICE FISCALE** 05961000659 barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare   
cognome, denominazione o ragione sociale nome

**DATI ANAGRAFICI** EDIZIONI DOTTRINARI SRL  
data di nascita giorno mes anno se so (M o F) comune (o Stato estero) di nascita prov.

**DOMICILIO FISCALE** PELLEZZANO SA VIA WENNER, 37  
comune prov. via e numero civico

**CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare** codice identificativo

**SEZIONE ERARIO**

	codice tributo	rateazione/regione/prov./mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
<b>IMPOSTE DIRETTE - IVA</b>	1001	0007	2021	25,48		
<b>RITENUTE ALLA FONTE</b>						
<b>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>						
						+/-
						<b>SALDO (A-B)</b>
<b>TOTALE A</b>				<b>25,48 B</b>		+ 25,48

**SEZIONE INPS**

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice filiale azienda	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
7200	DM10	7214781963	07 2021	993,00		
						+/-
						<b>SALDO (C-D)</b>
<b>TOTALE C</b>				<b>993,00 D</b>		+ 993,00

**SEZIONE REGIONI**

codice regione	codice tributo	rateazione/regione/prov./mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
05	3802	0007	2020	58,69		
05	3803	0007	2020	37,00		
						+/-
						<b>SALDO (E-F)</b>
<b>TOTALE E</b>				<b>95,69 F</b>		+ 95,69

**SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI**

codice ente/codice comune	Ravv. Immob. variati	Acc. Saldo	numero immobili	codice tributo	IDENTIFICATIVO OPERAZIONE			importi a debito versati	importi a credito compensati	
					rateazione/mese rif.	anno di riferimento	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa			
F481				3846	0007	2020	14,00			
H703				3848	0007	2020	7,79			
F481				3848	0007	2020	6,09			
H703				3847	0007	2021	4,54			
									+/-	
									<b>SALDO (G-H)</b>	
<b>TOTALE G</b>							<b>32,42 H</b>		+ 32,42	

**SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI**

	codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
<b>INAIL</b>								
								+/-
								<b>SALDO (I-L)</b>
<b>TOTALE I</b>								

codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
							+/-
							<b>SALDO (M-N)</b>
<b>TOTALE M</b>							

**SALDO FINALE**

**EURO** + 1.146,59

**ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)**

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno <input type="checkbox"/> bancario/postale <input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale n.ro _____ tratto / emesso su _____ <small>cod. ABI</small> <small>CAB</small>
giorno	mes	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLO	
16	08	2021	08154	76070	

00000037222