

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

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		
IMPOSTE DIRETTE - IVA								
	RITENUTE ALLA FONTE							
	ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI							
							+/-	SALDO (A-B)
TOTALE					A	B		

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/ filiale azienda	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati			
							+/-	SALDO (C-D)
TOTALE					C	D		

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati			
							+/-	SALDO (E-F)
TOTALE					E	F		

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/ codice comune	Ravv. Immob. variati	Acc. Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati		
SA				3850		2021	120,48			
									+/-	SALDO (G-H)
TOTALE							G	H		120,48

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

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

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		
							+/-	SALDO (M-N)
TOTALE					M	N		

SALDO FINALE

EURO + 120,48

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 tratto / emesso su _____ <small>cod. ABI</small> <small>CAB</small>
giorno	mes	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLO	
30	07	2021	08154	76070	

00000037222