Agenzia Entrate

Mod. F24

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

DATI ANAGRAFICI

cognome, denominazione o ragione sociale: EDIZIONI DOTTRINARI SRL

nome:

data di nascita (giorno, mese, anno):

sesso (M o F):

comune (o Stato estero) di nascita:

prov.:

DOMICILIO FISCALE

comune: PELLEZZANO

prov.: SA

via e numero civico: VIA WENNER, 37

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	1001	0006	2021	684,18	
RITENUTE ALLA FONTE					
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI					

codice ufficio

codice atto

TOTALE A 684,18 **B** +/- **SALDO (A-B)** + 684,18

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
7200	DM10	7214781963	06 2021		2.315,00	

TOTALE C 2.315,00 **D** +/- **SALDO (C-D)** + 2.315,00

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
05	3802	0006	2020	58,69	

TOTALE E 58,69 **F** +/- **SALDO (E-F)** + 58,69

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

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
H703						3848	0006	2020	7,79	
F481						3848	0006	2020	6,09	
H703						3847	0006	2021	4,54	
F481						3847	0006	2021	3,69	

detrazione

TOTALE G 22,11 **H** +/- **SALDO (G-H)** + 22,11

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

	codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati
INAIL							

TOTALE I **L** +/- **SALDO (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

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

SALDO FINALE

EURO + 3.079,98

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

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE	
			AZIENDA	CAB/SPORTELLO
giorno 16	mese 07	anno 2021	08154	76070

Pagamento effettuato con assegno n.ro

☐ bancario/postale

☐ circolare/vaglia postale

tratto / emesso su

cod. ABI

CAB

000000037222