

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  Sesso (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>	6099	0101	2020	112,00		
	7085		2021	309,87		
<b>RITENUTE ALLA FONTE</b>						
<b>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>						
						<small>+/-</small> <b>SALDO (A-B)</b>
<b>TOTALE A</b>				<b>421,87 B</b>		<b>421,87</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	
						<small>+/-</small> <b>SALDO (C-D)</b>
<b>TOTALE C</b>				<b>D</b>		

**SEZIONE REGIONI**

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

**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	
									<small>+/-</small> <b>SALDO (G-H)</b>
<b>TOTALE G</b>							<b>H</b>		

**SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI**

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

**SALDO FINALE**

**EURO** + 421,87

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

<b>DATA</b>			<b>CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE</b>		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	<b>AZIENDA</b>	<b>CAB/SPORTELLO</b>	
16	03	2021	08154	76070	

00000037222