

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 05961000659

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

DATI ANAGRAFICI EDIZIONI DOTTRINARI SRL

data di nascita

giorno mese anno

Sesso (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

comune

prov.

via e numero civico

DOMICILIO FISCALE PELLEZZANO

SA

VIA WENNER, 37

CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare

codice identificativo

SEZIONE ERARIO

**IMPOSTE DIRETTE - IVA
RITENUTE ALLA FONTE
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI**

codice tributo

1040

rateazione/regione/
prov./mese rif.

0002

anno di
riferimento

2021

importi a debito versati

500,00

importi a credito compensati

codice ufficio

codice atto

TOTALE

A

500,00

B

+/- **SALDO (A-B)**

+ 500,00

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

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

codice ente/
codice comune

Razv.

Immob. variati

Acc.

Saldo

numero immobili

codice tributo

rateazione/
mese rif.

anno di
riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

+/- **SALDO (G-H)**

TOTALE

G

H

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

INAIL

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 + 500,00

ESTREMI DEL VERSAMENTO

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

DATA

giorno

mese

anno

16

03

2021

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

AZIENDA

CAB/SPORTELLO

08154

76070

Pagamento effettuato con assegno

n.ro

tratto / emesso su

☐ bancario/postale

☐ circolare/vaglia postale

cod. ABI

CAB

000000037222