

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 EDIZIONI DOTTRINARI SRL nome

data di nascita giorno mese anno sesso (M o F) comune (o Stato estero) di nascita prov.

DOMICILIO FISCALE PELLEZZANO SA VIA WENNER, 37 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	1040	0010	2021	148,94		
RITENUTE ALLA FONTE						
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
codice ufficio	codice atto					
TOTALE A				148,94	B	SALDO (A-B)
						+
						148,94

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	
TOTALE C					D	SALDO (C-D)

SEZIONE REGIONI

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

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

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	
TOTALE G										H	SALDO (G-H)

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
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 + 148,94

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

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno n.ro _____ tratto / emesso su _____ cod. ABI _____ CAB _____
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLLO	
16	11	2021	08154	76070	

000000037222