

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	1001	0009	2021	274,53		
RITENUTE ALLA FONTE						
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
						+/-
						SALDO (A-B)
TOTALE A				274,53 B		274,53

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice filiale azienda	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
7200	DM10	7214781963	09 2021	542,00		
						+/-
						SALDO (C-D)
TOTALE C				542,00 D		542,00

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/prov./mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
05	3803	0009	2020	370,00		
05	3802	0009	2020	58,69		
						+/-
						SALDO (E-F)
TOTALE E				428,69 F		428,69

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/codice comune	Ravv. Immob. variati	Acc. Saldo	numero immobili	codice tributo	IDENTIFICATIVO OPERAZIONE			importi a debito versati	importi a credito compensati	
					rateazione/mese rif.	anno di riferimento				
H703				3846	0009	2020	95,00			
H703				3845	0009	2021	44,00			
H703				3848	0009	2020	7,79			
F481				3848	0009	2020	6,09			
									+/-	
									SALDO (G-H)	
TOTALE G							152,88 H		152,88	

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								
								+/-
								SALDO (I-L)
TOTALE I								

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 + 1.398,10

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 n.ro _____ tratto / emesso su _____ cod. ABI CAB
giorno	mes	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLO	
15	10	2021	08154	76070	

00000037222