

Riepilogo

NR. DIST	TIPOLOGIA	DATA INVIO	NR. DISP	CONTO ORDINANTE	ORDINANTE	ST DIST
34	Deleghe F24	03/08/2022 09.45	1	IT57X0834289640012010000846	EDIZIONI DOTTRINARI S.R.L.	Richiesto

Dettaglio Delega Nr.1

DATI ORDINANTE

Conto di addebito IT57X0834289640012010000846

Ordinante EDIZIONI DOTTRINARI S.R.L.

Cod.fiscale / P.IVA

Titolare C/C pagamento Attestazione da inviarsi al titolare del conto corrente dove avviene l'addebito

DATI RIEPILOGO F24

Nr. Distinta 34

Nr. Delega 1

Saldo Delega - 125,00 €

Data creazione 03/08/2022

Stato Delega Richiesto

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

Delega stampata da INBANK

Nr.Dist-Nr.Disp: 34 - 1

Data Creazione: 03/08/2022

AGENZIA

Stato delega: Richiesto

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

0 5 9 6 1 0 0 0 6 5 9

barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

EDIZIONI DOTTRINARI S.R.

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

S A

VIA FEDERICO 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.
0007

anno di
riferimento
2022

importi a debito versati
125,00

importi a credito compensati
0,00

codice ufficio

codice atto

TOTALE A

125,00 B

0,00 +

SALDO (A-B)

125,00

SEZIONE INPS

codice sede

causale contributo

matricola INPS/codice INPS/
filiale azienda

da mm/aaaa

periodo di riferimento:
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

Ravv.

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

INAIL

TOTALE I

, L

, +

SALDO (I-L)

, ,

codice ente

codice sede

causale
contributo

codice posizione

da mm/aaaa

periodo di riferimento:
a mm/aaaa

importi a debito versati

importi a credito compensati

TOTALE M

, N

, +

SALDO (M-N)

, ,

SALDO FINALE

EURO

125,00

ESTREMI DEL VERSAMENTO

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

DATA

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

AZIENDA

CAB/SPORTELLLO

Pagamento effettuato con assegno

☐ bancario/postale

n.ro

☐ circolare/vaglia postale

tratto / emesso su

cod. ABI

CAB