

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PROV.

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE**CODICE FISCALE**

05961000659

codice ufficio

codice atto

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

DATI ANAGRAFICI

EDIZIONI DOTTRINARI SRL

data di nascita

sesto (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

giorno

mese

anno

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

codice identificativo

MOTIVO DEL PAGAMENTO

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

464000000023930973

Sezione	cod. tributo	codice ente	ravv.	immob. variati	acc.	saldo	num. immob.	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	detrazione	importi a debito versati	importi a credito compensati
EL	3944	G426					002	0101	2022	, ,	1.449,00	, ,
EL	TEFA	G426						0101	2022	, ,	72,00	, ,
										, ,		, ,
										, ,		, ,
										, ,		, ,
										, ,		, ,
										, ,		, ,
										, ,		, ,
										, ,		, ,
										, ,		, ,
										, ,		, ,
										, ,		, ,
										, ,		, ,
								SALDO FINALE		EURO +		1.521,00

ESTREMI DEL VERSAMENTO

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno		☐ bancario/postale ☐ circolare/vaglia postale	
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLO	n.ro	tratto / emesso su	cod. ABI	CAB
31	05	2022	08154	76070				

000000037222