

Riepilogo

NR. DIST	TIPOLOGIA	DATA INVIO	NR. DISP	CONTO ORDINANTE	ORDINANTE	ST DIST
367	Deleghe F24	19/07/2023 16.43	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	367
Nr. Delega	1
Saldo Delega	- 175,00 €
Data creazione	19/07/2023
Stato Delega	Richiesto

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

Delega stampata da INBANK

Nr.Dist-Nr.Disp: 367 - 1

Data Creazione: 19/07/2023

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 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

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
2023

importi a debito versati
175,00

importi a credito compensati
0,00

codice ufficio

codice atto

TOTALE A

175,00 B

0,00 +

SALDO (A-B)

175,00

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

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 +

175,00

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