DELEGA IRREVOCABILE A: **BANCA NAZIONALE DEL LAVORO**

AGENZIA:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 05961000659 barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI
 cognome, denominazione o ragione sociale _____ nome _____
 EDIZIONI DOTTRINARI S.R. L.
 data di nascita _____ sesso (M o F) _____ comune (o Stato estero) di nascita _____ prov. _____
 giorno mese anno
 comune _____ prov. _____ via e numero civico _____
DOMICILIO FISCALE PELLEZZANO SA VIA FEDERICO WENNER, 37
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	
2002		2023	4.185,50	0,00	
IMPOSTE DIRETTE – IVA					
RITENUTE ALLA FONTE					
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI					
					+/-
					SALDO (A-B)
codice ufficio	codice atto				
TOTALE			A	B	P
			4.185,50	0,00	4.185,50

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	
05	3813		2023	943,00	0,00	
TOTALE				E	F	+/-
				943,00	0,00	SALDO (E-F)
						+ 943,00

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/codice comune	Immob. Ravn.	Immob. variati	numero Saldo immobili	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
TOTALE							G	H	+/-
									SALDO (G-H)
detrazione									

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)

FIRMA

SALDO FINALE

EURO 5.128,50

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

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno		bancario/postale	
giorno	mese	anno	AZIENDA		CAB/SPORTELLO		circolare/vaglia postale	
30	11	2023					n.ro _____	
							tratto / emesso su _____	
							cod. ABI _____	
							CAB _____	

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN _____

firma _____