

DELEGA IRREVOCABILE A: BANCA NAZIONALE DEL LAVORO

AGENZIA:

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

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		giorno	mese	anno
sesso (M o F)		comune (o Stato estero) di nascita		prov.
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	
IMPOSTE DIRETTE – IVA	1040	0010	2023	245,08	0,00	
RITENUTE ALLA FONTE						
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
						+/-
						SALDO (A-B)
codice ufficio	codice atto					
			TOTALE A	245,08 B	0,00 P	245,08

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	
							+/-
							SALDO (C-D)
			TOTALE C		D		

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
						+/-
						SALDO (E-F)
			TOTALE E		F	

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

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

FIRMA

SALDO FINALE

EURO 245,08

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/SPORTELLI		circolare/vaglia postale	
16	10	2023						
					n.ro			
					tratto / emesso su		cod. ABI	
							CAB	

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN

firma