

AGENZIA:

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE	05961000659			barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare	
	cognome, denominazione o ragione sociale		nome		
DATI ANAGRAFICI	EDIZIONI DOTTRINARI S.R.			L.	
	data di nascita		sexso (M o F)	comune (o Stato estero) di nascita	
	giorno	mese	anno	prov.	
	comune		prov.	via e numero civico	
DOMICILIO FISCALE	PELLEZZANO		SA	VIA 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		
		1040	0007	2024	170,00	0,00		
IMPOSTE DIRETTE – IVA								
RITENUTE ALLA FONTE								
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI								
							+/-	SALDO (A-B)
codice ufficio	codice atto							
		TOTALE			A	170,00	B	0,00
							P	170,00

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/ filiale azienda	periodo di riferimento:		importi a debito versati	importi a credito compensati	
			da mm/aaaa	a mm/aaaa			
			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)

[illegible]

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	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa		importi a debito versati	importi a credito compensati		
								+/–	SALDO (M-N)
				TOTALE	M	N			

SALDO FINALE

EURO	170.00
------	--------

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

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno n.ro _____ tratto / emesso su _____ cod. ABI _____	☐ bancario/postale ☐ circolare/vaglia postale _____ CAB
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLO		
20	08	2024				

Autorizzo addebito su
conto corrente codice IBAN

firma _____