

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

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA **AGENZIA DI CITTA' N. 1 - SALERNO** PROV. **SA**

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 **EDIZIONI DOTTRINARI S.R.L.** nome _____

data di nascita _____ sesso (M o F) _____ comune (o Stato estero) di nascita _____ prov. _____
giorno mese anno

DOMICILIO FISCALE **PELLEZZANO** **SA** via e numero civico **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	
IMPOSTE DIRETTE - IVA	1001	0001	2024	454,91		
	1002	0001	2024	44,77		
	RITENUTE ALLA FONTE	6781				16,54
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
				+/-		SALDO (A-B)
TOTALE A				499,68 B	16,54	+ 483,14

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	
7200	DM10	7214781963	01 2024	1.306,00		
				+/-		SALDO (C-D)
TOTALE C				1.306,00 D		+ 1.306,00

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
05	3802	0001	2023	116,86		
				+/-		SALDO (E-F)
TOTALE E				116,86 F		+ 116,86

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/codice comune	IDENTIFICATIVO OPERAZIONE				codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
	Raw.	Immob. variati	Acc.	Saldo						
F481					3848	0001	2023	18,52		
H703					3848	0001	2023	26,13		
				+/-		SALDO (G-H)				
TOTALE G						44,65 H		+ 44,65		

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

	codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
INAIL	33500	20675839	63	902024	P	1.250,00		
						+/-		SALDO (I-L)
TOTALE I						1.250,00 L		+ 1.250,00

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 + 3.200,65

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

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno <input type="checkbox"/> bancario/postale <input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLO	
16	02	2024	01005	15201	
tratto / emesso su _____					cod. ABI _____ CAB _____

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN

IT 05Y0100515201000000007082

firma _____