

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		comune (o Stato estero) di nascita	
	giorno	mese	anno	prov.
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	0005	2024	55,08	0,00	
RITENUTE ALLA FONTE						
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
				+/-	SALDO (A-B)	
codice ufficio	codice atto					
TOTALE			A	55,08	B	0,00
					P	55,08

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	
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	Immob. Ravv.	variati	Acc.	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)

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	
TOTALE					M	N	
							SALDO (M-N)

FIRMA

SALDO FINALE

EURO 55,08

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 ☐ circolare/vaglia postale
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLO	n.ro		
17	06	2024			tratto / emesso su	cod. ABI	
Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN					firma		