

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 \_\_\_\_\_  
 comune \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via e numero civico **Via WENNER 37**

**DOMICILIO FISCALE** **PELEZZANO** **SA**

**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
1001	0010	2024	527,98	
<b>IMPOSTE DIRETTE - IVA</b>				
<b>RITENUTE ALLA FONTE</b>				
<b>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>				
codice ufficio _____ codice atto _____				
<b>TOTALE A</b>			<b>527,98 B</b>	<b>+/- SALDO (A-B)</b>
				<b>+ 527,98</b>

**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	10 2024	1.274,00	
<b>TOTALE C</b>				<b>1.274,00 D</b>	<b>+/- SALDO (C-D)</b>
					<b>+ 1.274,00</b>

**SEZIONE REGIONI**

codice regione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
05	3802	0010	2023	116,88	
<b>TOTALE E</b>				<b>116,88 F</b>	<b>+/- SALDO (E-F)</b>
					<b>+ 116,88</b>

**SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI**

codice ente/codice comune	Raw.	Immcb. variati	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
F481						3847	0010	2024	6,79	
F481						3848	0010	2023	18,51	
H703						3848	0010	2023	26,13	
H703						3847	0010	2024	9,58	
<b>TOTALE G</b>									<b>61,01 H</b>	<b>+/- SALDO (G-H)</b>
detrazione _____										<b>+ 61,01</b>

**SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI**

codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati
<b>INAIL</b>						
<b>TOTALE I</b>						<b>L</b>
						<b>+/- SALDO (I-L)</b>
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
<b>TOTALE M</b>					<b>N</b>	<b>+/- SALDO (M-N)</b>

**FIRMA**

**SALDO FINALE**

**EURO + 1.979,87**

**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 n.ro _____ tratto / emesso su _____ cod. ABI _____ CAB _____
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLO	
18	11	2024	01005	15201	

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN

**IT 05Y0100515201000000007082**

firma \_\_\_\_\_