

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.

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	
IMPOSTE DIRETTE - IVA RITENUTE ALLA FONTE ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI	1001	0009	2024	527,12		
codice ufficio codice atto						+/- SALDO (A-B)
TOTALE A				527,12 B		+ 527,12

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	09 2024	1.260,00		
						+/- SALDO (C-D)
TOTALE C				1.260,00 D		+ 1.260,00

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
05	3802	0009	2023	116,86		
						+/- SALDO (E-F)
TOTALE E				116,86 F		+ 116,86

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/codice comune	Raw.	Immob. variati	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati		
F481						3847	0009	2024	6,79			
F481						3848	0009	2023	18,52			
H703						3848	0009	2023	26,13			
H703						3847	0009	2024	9,58		+/- SALDO (G-H)	
detrazione										TOTALE G	61,02 H	+ 61,02

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								
								+/- 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 + 1.965,00

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

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		☐ bancario/postale ☐ circolare/vaglia postale
			AZIENDA	CAB/SPORTELLLO	
giorno	mese	anno			
16	10	2024	01005	15201	
Pagamento effettuato con assegno n.ro tratto / emesso su cod. ABI CAB					

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN I T 05Y0100515201000000007082 firma