

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 **SA Via WENNER 37**

DOMICILIO FISCALE **PELEZZANO**

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	0008	2024	516,63		
codice ufficio codice atto						+/- SALDO (A-B)
TOTALE A				516,63 B		+ 516,63

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	08 2024	1.260,00		
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	0008	2023	116,87		
TOTALE E				116,87 F		+ 116,87

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	0008	2024	6,79			
F481						3848	0008	2023	18,51			
H703						3848	0008	2023	26,13			
H703						3847	0008	2024	9,58			
TOTALE G										61,01 H		+ 61,01

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								
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 + 1.954,51

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/SPORTELLLO	
16	09	2024	01005	15201	n.ro
					tratto / emesso su cod. ABI CAB

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN **IT 05Y0100515201000000007082** firma