

AGENZIA:

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			nome	
		EDIZIONI DOTTRINARI S.R.			L.	
		data di nascita		sezzo (M o F)	comune (o Stato estero) di nascita	
		giorno	mese	anno		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				
		1040	0008	2024	185,00	0,00				
IMPOSTE DIRETTE – IVA										
RITENUTE ALLA FONTE										
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI										
							+/-	SALDO (A-B)		
codice ufficio	codice atto	TOTALE			A	185,00	B	0,00	P	185,00

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/ filiale azienda	periodo di riferimento:		importi a debito versati	importi a credito compensati	
			da mm/aaaa	a mm/aaaa			
			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)

codice ente/ codice comune							Immob. Ravv.	variati Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
detrazione																
										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	+/-	SALDO (I-L)
INAIL									
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			

SALDO FINALE

EURO	185.00
------	--------

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

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno n.ro _____ tratto / emesso su _____ cod. ABI _____	☐ bancario/postale ☐ circolare/vaglia postale _____ CAB
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLO		
16	09	2024				

Autorizzo addebito su
conto corrente codice IBAN

firma