Agenzia Entrate

Scadenza del 20-08-2025

Mod. F24

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A: BANCA NAZIONALE DEL LAVORO SPA

AGENZIA AGENZIA DI CITTA' N. 1 - SALERNO PROV. SA

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

ZUCCHETTI S.p.A. - Via Solferino, 1 - 26900 Lodi

Conforme al Provvedimento del 19/06/2013

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 (giorno mese anno):

sesso (M o F):

comune (o Stato estero) di nascita:

prov.:

DOMICILIO FISCALE

comune: PELLEZZANO

prov.: SA

via e numero civico: 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	1001	0007	2025	1.564,01	
	1631		2024		138,00
RITENUTE ALLA FONTE					
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI					

codice ufficio: codice atto:

TOTALE A: 1.564,01 B: 138,00 +/- SALDO (A-B): + 1.426,01

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	07 2025		3.075,00	

TOTALE C: 3.075,00 D: + 3.075,00 +/- SALDO (C-D)

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
05	3802	0007	2024	123,07	

TOTALE E: 123,07 F: + 123,07 +/- SALDO (E-F)

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

codice ente/codice comune	Ravv.	Immob. variati	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
F481						3847	0007	2025	7,08	
F481						3848	0007	2024	13,77	
H703						3848	0007	2024	23,52	
H703						3847	0007	2025	11,51	

detrazione:

TOTALE G: 55,88 H: + 55,88 +/- SALDO (G-H)

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 + 4.679,96

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

DATA giorno	mese	anno	CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE AZIENDA	CAB/SPORTELLO
20	08	2025	01005	15201

Pagamento effettuato con assegno ☐ bancario/postale ☐ circolare/vaglia postale

n.ro

tratto / emesso su

cod. ABI CAB

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN: IT 05Y0100515201000000007082

firma

MOD. F24 – 2013 EURO

1ª COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE