

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 _____
DOMICILIO FISCALE **PELEZZANO 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	1001	0011	2025	361,39		
	1712	0012	2025	103,08		
RITENUTE ALLA FONTE						
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
						+/ - SALDO (A-B)
TOTALE A				464,47 B		+ 464,47

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	11 2025	1.693,00		
						+/ - SALDO (C-D)
TOTALE C				1.693,00 D		+ 1.693,00

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
05	3802	0011	2024	123,07		
						+/ - SALDO (E-F)
TOTALE E				123,07 F		+ 123,07

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	0011	2025	7,08		
F481						3848	0011	2024	13,77		
H703						3848	0011	2024	23,53		
H703						3847	0011	2025	11,50		
											+/ - SALDO (G-H)
TOTALE G									55,88 H		+ 55,88

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
							+/ - 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 + 2.336,42

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	
16	12	2025	01005	15201	

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN

IT 05Y0100515201000000007082

firma _____