Agenzia Entrate

Mod. F24

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A: BANCA NAZIONALE DEL LAVORO

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 (giorno / mese / anno)	sesso (M o F)	comune (o Stato estero) di nascita	prov.

DOMICILIO FISCALE

comune	prov.	via e numero civico
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	0011	2025	124,80	0,00
IMPOSTE DIRETTE – IVA					
RITENUTE ALLA FONTE					
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI					

+/– **SALDO (A-B)**

codice ufficio | codice atto

TOTALE A 124,80 **B** 0,00 P 124,80

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

+/– **SALDO (C-D)**

TOTALE C **D**

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati

+/– **SALDO (E-F)**

TOTALE E **F**

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

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

+/– **SALDO (G-H)**

detrazione

TOTALE 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
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 124,80

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
16	12	2025		

Pagamento effettuato con assegno n.ro _____ tratto / emesso su _____ cod. ABI _____ CAB

☐ bancario/postale ☐ circolare/vaglia postale

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN _____

firma _____

MOD. F24 - 2013 EURO - 0116F000120190704