

DELEGA IRREVOCABILE A: **BANCA NAZIONALE DEL LAVORO**

AGENZIA:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0596100659 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 _____ sesso (M o F) _____ comune (o Stato estero) di nascita _____ prov. _____
 giorno mese anno
 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	
IMPOSTE DIRETTE – IVA	1040	0011	2025	540,00	0,00	
RITENUTE ALLA FONTE						
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
						+/-
						SALDO (A-B)
codice ufficio _____ codice atto _____						
			TOTALE A	540,00 B	0,00 P	540,00

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	Immob. Ravv.	Immob. variat	numero Saldo 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 540,00

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

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno		bancario/postale	
giorno	mese	anno	AZIENDA		n.ro		circolare/vaglia postale	
16	12	2025	CAB/SPORTELLO		tratto / emesso su _____		_____	
					cod. ABI		CAB	

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN _____

firma _____