

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

AGENZIA:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

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 _____ 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	
2002		2025	7.915,50	0,00	
IMPOSTE DIRETTE – IVA					
RITENUTE ALLA FONTE					
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI					
					+/-
					SALDO (A-B)
codice ufficio	codice atto				
TOTALE A			7.915,50 B	0,00 P	7.915,50

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	
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	
05	3813		2025	1.187,50	0,00	
TOTALE E				1.187,50 F	0,00 +	1.187,50
						+/-
						SALDO (E-F)

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/codice comune	Immob. Ravn.	Immob. variati	numero Saldo immobili	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
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	
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 9.103,00

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	
01	12	2025	CAB/SPORTELLO		tratto / emesso su _____		_____	
					cod. ABI		CAB	

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN _____

firma _____