

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

DOMICILIO FISCALE **PELEZZANO** **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
1001	0010	2025	274,13	
IMPOSTE DIRETTE - IVA				
RITENUTE ALLA FONTE				
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI				
TOTALE A			274,13 B	+ SALDO (A-B) 274,13

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	10 2025	1.573,00	
TOTALE C				1.573,00 D	+ SALDO (C-D) 1.573,00

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
05	3802	0010	2024	123,09	
TOTALE E				123,09 F	+ SALDO (E-F) 123,09

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	0010	2025	7,09	
F481						3848	0010	2024	13,76	
H703						3848	0010	2024	23,52	
H703						3847	0010	2025	11,50	
TOTALE G									55,87 H	+ SALDO (G-H) 55,87

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

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
TOTALE						+ SALDO (M-N)

FIRMA _____ **SALDO FINALE** **EURO + 2.026,09**

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
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLO	
17	11	2025	01005	15201	n.ro _____
tratto / emesso su _____					cod. ABI _____ CAB _____

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN **IT 05Y0100515201000000007082** firma _____