

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	0009	2025	274,17	
IMPOSTE DIRETTE - IVA				
RITENUTE ALLA FONTE				
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI				
codice ufficio _____ codice atto _____				
TOTALE A			274,17 B	+/- SALDO (A-B)
				+ 274,17

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	09 2025	1.543,00	
TOTALE C				1.543,00 D	+/- SALDO (C-D)
					+ 1.543,00

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
05	3802	0009	2024	123,07	
TOTALE E				123,07 F	+/- SALDO (E-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	0009	2025	7,08	
F481						3848	0009	2024	13,77	
H703						3848	0009	2024	23,53	
H703						3847	0009	2025	11,50	
TOTALE G									55,88 H	+/- SALDO (G-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
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 + 1.996,12

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	10	2025	01005	15201	

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN

IT 05Y0100515201000000007082

firma _____