Agenzia Entrate

Mod. F24

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 (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	0008	2025	57,63	0,00
IMPOSTE DIRETTE – IVA					
RITENUTE ALLA FONTE					
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI					

+/– SALDO (A-B)

codice ufficio | codice atto

TOTALE	A	57,63	B	0,00	P	57,63

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/ filiale azienda	periodo di riferimento: da mm/aaaa	periodo di riferimento: 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	periodo di riferimento: a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati

+/– SALDO (M-N)

TOTALE	M	N

FIRMA

SALDO FINALE

EURO 57,63

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	09	2025		

Pagamento effettuato con assegno ☐ bancario/postale ☐ circolare/vaglia postale

n.ro _____ tratto / emesso su _____ cod. ABI _____ CAB

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN _____

firma _____

MOD. F24 – 2013 EURO – 0116F000120190704