

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 _____
 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	1001	0003	2026	325,24		
RITENUTE ALLA FONTE						
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
codice ufficio _____ codice atto _____						+/- SALDO (A-B)
TOTALE A				325,24 B		+ 325,24

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	03 2026	1.583,00		
TOTALE C				1.583,00 D		+ 1.583,00

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
05	3802	0003	2025	101,27		
TOTALE E				101,27 F		+ 101,27

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/codice comune	IDENTIFICATIVO OPERAZIONE				codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
	Raw.	Immob. variati	Acc.	Saldo						
F481					3847	0003	2026	6,28		
F481					3848	0003	2025	11,32		
H703					3848	0003	2025	17,15		
H703					3847	0003	2026	9,74		
detrazione _____					TOTALE G			44,49 H		+ 44,49

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 + 2.054,00

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

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno <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	04	2026	01005	15201	

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN

IT 05Y0100515201000000007082

firma _____