

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	
<b>IMPOSTE DIRETTE - IVA</b>	1001	0001	2025	236,40		
	1002	0001	2025	42,77		
	<b>RITENUTE ALLA FONTE</b>	1713	0012	2024	28,17	
<b>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>						
				<b>+/- SALDO (A-B)</b>		
<b>TOTALE A</b>				<b>307,34 B</b>		<b>+ 307,34</b>

**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	01 2025	1.600,00		
				<b>+/- SALDO (C-D)</b>		
<b>TOTALE C</b>				<b>1.600,00 D</b>		<b>+ 1.600,00</b>

**SEZIONE REGIONI**

codice regione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
05	3802	0001	2024	123,07		
				<b>+/- SALDO (E-F)</b>		
<b>TOTALE E</b>				<b>123,07 F</b>		<b>+ 123,07</b>

**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					3848	0001	2024	13,77		
H703					3848	0001	2024	23,53		
				<b>+/- SALDO (G-H)</b>						
<b>TOTALE G</b>								<b>37,30 H</b>		<b>+ 37,30</b>

**SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI**

	codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
<b>INAIL</b>	33500	20675839	63	902025	P	1.123,15		
						<b>+/- SALDO (I-L)</b>		
<b>TOTALE I</b>						<b>1.123,15 L</b>		<b>+ 1.123,15</b>

  

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		
						<b>+/- SALDO (M-N)</b>		
<b>TOTALE M</b>						<b>N</b>		

**FIRMA**

**SALDO FINALE**

**EURO + 3.190,86**

**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	02	2025	01005	15201	
tratto / emesso su _____					cod. ABI _____ CAB _____

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN

**IT 05Y0100515201000000007082**

firma \_\_\_\_\_