

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.

DOMICILIO FISCALE **PELEZZANO** **SA** **Via WENNER 37** via e numero civico

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	0001	2026	276,64		
	1713	0012	2025	29,69		
RITENUTE ALLA FONTE						
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
				+/- SALDO (A-B)		
TOTALE A				306,33 B		+ 306,33

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 2026	1.347,22		
7200	DMRP	7214781963	08 2025		54,10	
7200	DMRP	7214781963	09 2025		54,10	
7200	DMRP	7214781963	10 2025		55,15	
				+/- SALDO (C-D)		
TOTALE C				1.347,22 D	163,35	+ 1.183,87

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
05	3802	0001	2025	101,28		
				+/- SALDO (E-F)		
TOTALE E				101,28 F		+ 101,28

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						3848	0001	2025	11,33		
H703						3848	0001	2025	17,15		
detrazione											
								+/- SALDO (G-H)			
TOTALE G								28,48 H		+ 28,48	

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
33500	20675839	63	902026	P	808,95		
				+/- SALDO (I-L)			
TOTALE I						808,95 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	
				+/- SALDO (M-N)			
TOTALE M						N	

FIRMA

SALDO FINALE

EURO + 2.428,91

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	
16	02	2026	01005	15201	
tratto / emesso su _____					cod. ABI _____ CAB _____

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

firma _____

