

AGENZIA:

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

**barrare in caso di anno d'imposta
non coincidente con anno solare**

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

DATI ANAGRAFICI

EDIZIONI DOTTRINARI S.R.

1

data di nascita

 sesso (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

giorno mese anno

0		
---	--	--

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		
		1040	0006	2025	209,71	0,00		
IMPOSTE DIRETTE – IVA								
RITENUTE ALLA FONTE								
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI								
							+/-	SALDO (A-B)
codice ufficio	codice atto							
		TOTALE			A	209,71	B	0,00 P
								209,71

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/ filiale azienda	periodo di riferimento:		importi a debito versati	importi a credito compensati	
			da mm/aaaa	a mm/aaaa			
			TOTALE	C		D	
						+/=	SALDO (C-D)

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
TOTALE				E	F	SALDO (E-F)

codice ente/ codice comune							Immob. Ravv.	variati Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
detrazione										TOTALE		G	H		+/-	SALDO (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 a mm/aaaa		importi a debito versati	importi a credito compensati
TOTALE						M	N
							+/- SALDO (M-N)

SALDO FINALE

EURO

209.71

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

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno n.ro _____ tratto / emesso su _____ cod. ABI _____	☐ bancario/postale ☐ circolare/vaglia postale _____ CAB
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLLO		
16	07	2025				

**Autorizzo addebito su
conto corrente codice IBAN**

firma