

DELEGA IRREVOCABILE A: BANCA NAZIONALE DEL LAVORO

AGENZIA:

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

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		Sesso (M o F)	comune (o Stato estero) di nascita
	giorno	mese	anno	prov.
DOMICILIO FISCALE	PELLEZZANO		SA	VIA WENNER, 37
	comune		prov.	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	1040	0004	2025	224,84	0,00	
RITENUTE ALLA FONTE						
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
						+/-
				SALDO (A-B)		
codice ufficio	codice atto					
			TOTALE A	224,84 B	0,00 P	224,84

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	
							+/-
				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)

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

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

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								
								+/-
				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 224,84

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

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno		☐ bancario/postale ☐ circolare/vaglia postale
giorno	mese	anno	AZIENDA CAB/SPORTELLLO		n.ro		
16	05	2025			tratto / emesso su	cod. ABI	
Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN					firma		