

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.

L.

data di nascita

sess

D (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

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	
	6099	0101	2024	2.045,00	0,00	
IMPOSTE DIRETTE – IVA						
RITENUTE ALLA FONTE						
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
						+/-
						SALDO (A-B)
codice ufficio	codice atto	TOTALE	A	2.045,00	B	0,00 P
						2.045,00

SEZIONE INPS

[illegible]

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. 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	+/-	SALDO (I-L)
INAIL									
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

2.045.00

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

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno n.ro _____ tratto / emesso su _____ cod. ABI _____	☐ bancario/postale ☐ circolare/vaglia postale _____ CAB
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLO		
04	03	2025				

**Autorizzo addebito su
conto corrente codice IBAN**

firma