Agenzia Entrate

Scadenza del 16-03-2026

Mod. F24

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A: BANCA NAZIONALE DEL LAVORO SPA

AGENZIA AGENZIA DI CITTA' N. 1 - SALERNO PROV. SA

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

ZUCCHETTI S.p.A. - Piazza Mino Zucchetti, 1 - 26900 Lodi

Conforme al Provvedimento del 19/06/2013

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 (giorno mese anno):

sesso (M o F):

comune (o Stato estero) di nascita:

prov.:

DOMICILIO FISCALE

comune: PELLEZZANO

prov.: 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
IMPOSTE DIRETTE – IVA	1001	0002	2026	328,21	
RITENUTE ALLA FONTE					
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI					

codice ufficio: codice atto:

TOTALE A: 328,21 B: +/- SALDO (A-B): + 328,21

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	02 2026		1.518,00	

TOTALE C: 1.518,00 D: +/- SALDO (C-D): + 1.518,00

SEZIONE REGIONI

	codice regione	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
	05	3802	0002	2025	101,27	

TOTALE E: 101,27 F: +/- SALDO (E-F): + 101,27

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

codice ente/codice comune	Ravv.	Immob. variati	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
F481						3848	0002	2025	11,33	
H703						3848	0002	2025	17,14	

detrazione:

TOTALE G: 28,47 H: +/- SALDO (G-H): + 28,47

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

INAIL

codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati

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 + 1.975,95

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

DATA giorno	mese	anno	CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE AZIENDA	CAB/SPORTELLO
16	03	2026	01005	15201

Pagamento effettuato con assegno ☐ bancario/postale ☐ circolare/vaglia postale

n.ro

tratto / emesso su

cod. ABI CAB

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN I T 05Y0100515201000000007082

firma

MOD. F24 – 2013 EURO

1ª COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE