

**MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO**

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

**CONTRIBUENTE**

**CODICE FISCALE** 05767910655

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

**DATI ANAGRAFICI** IL SEMINATORE SRL

data di nascita

giorno mese anno

Sesso (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**

**IMPOSTE DIRETTE - IVA  
RITENUTE ALLA FONTE  
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI**

codice tributo  
1040

rateazione/regione/  
prov./mese rif.  
0011

anno di  
riferimento  
2019

importi a debito versati  
400,00

importi a credito compensati

codice ufficio

codice atto

**TOTALE**

A

400,00

B

**SALDO (A-B)**

+

400,00

**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

**SALDO (C-D)**

+

**SEZIONE REGIONI**

codice regione

codice tributo

rateazione/  
mese rif.

anno di  
riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

**SALDO (E-F)**

+

**SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI**

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

codice ente/  
codice comune

Razv.

Immob. variati

Acc.

Saldo

numero  
immobili

codice tributo

rateazione/  
mese rif.

anno di  
riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

**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)**

+

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)**

+

**ESTREMI DEL VERSAMENTO**

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

DATA

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

AZIENDA

CAB/SPORTELLLO

Pagamento effettuato con assegno

n.ro

tratto / emesso su

cod. ABI

☐ bancario/postale

☐ circolare/vaglia postale

CAB

000000032969

**EURO** + 400,00