

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 05767910655 barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare
cognome, denominazione o ragione sociale nome

DATI ANAGRAFICI IL SEMINATORE SRL
data di nascita giorno me se an no se so (M o F) comune (o Stato estero) di nascita prov.

DOMICILIO FISCALE PELLEZZANO SA VIA WENNER 37 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	0005	2020	505,84		
RITENUTE ALLA FONTE						
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
						<small>+/-</small> SALDO (A-B)
TOTALE A				505,84 B		505,84

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	
						<small>+/-</small> SALDO (C-D)
TOTALE C				D		

SEZIONE REGIONI

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

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

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	
									<small>+/-</small> SALDO (G-H)
TOTALE 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	
							<small>+/-</small> 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	
							<small>+/-</small> SALDO (M-N)
TOTALE M					N		

SALDO FINALE

EURO + 505,84

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

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno <input type="checkbox"/> bancario/postale <input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale tratto / emesso su _____ <small>cod. ABI</small> <small>CAB</small>
giorno	me	se	ANZIENDA	CAB/SPORTELLLO	
16	06	2020	08154	76070	

00000032969