

DELEGA IRREVOCABILE A: **BANCA NAZIONALE DEL LAVORO**

AGENZIA:

**MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO**

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

**CONTRIBUENTE**

**CODICE FISCALE** 05767910655 barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

**DATI ANAGRAFICI**  
 cognome, denominazione o ragione sociale \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_  
**IL SEMINATORE SRL**  
 data di nascita \_\_\_\_\_ sesso (M o F) \_\_\_\_\_ comune (o Stato estero) di nascita \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
 giorno mese anno  
 comune \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via e numero civico \_\_\_\_\_  
**DOMICILIO FISCALE** PELLEZZANO SA VIA FEDERICO 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	
<b>IMPOSTE DIRETTE – IVA</b>	7085		2024	309,85	0,00	
<b>RITENUTE ALLA FONTE</b>						
<b>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>						
						+/-
						<b>SALDO (A-B)</b>
codice ufficio _____ codice atto _____						
			<b>TOTALE A</b>	<b>309,85 B</b>	<b>0,00 P</b>	<b>309,85</b>

**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	
							+/-
							<b>SALDO (C-D)</b>
			<b>TOTALE C</b>		<b>D</b>		

**SEZIONE REGIONI**

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

**SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI**

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

**SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI**

	codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
<b>INAIL</b>								
								+/-
								<b>SALDO (I-L)</b>
							<b>TOTALE I</b>	<b>L</b>

	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	
								+/-
								<b>SALDO (M-N)</b>
							<b>TOTALE M</b>	<b>N</b>

**FIRMA**

**SALDO FINALE**

**EURO** 309,85

**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	
giorno	mese	anno	AZIENDA		n.ro		circolare/vaglia postale	
18	03	2024	CAB/SPORTELLO		tratto / emesso su _____		_____	
					cod. ABI		CAB	

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_