

DELEGA IRREVOCABILE A: BANCA NAZIONALE DEL LAVORO

AGENZIA:

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

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		giorno	mese	anno
IL SEMINATORE SRL		17		03
anno		2025		
sesso (M o F)		M		
comune (o Stato estero) di nascita		PELLEZZANO		prov. SA
comune		PELLEZZANO		prov. SA
via e numero civico		VIA FEDERICO WENNER 37		
DOMICILIO FISCALE		PELLEZZANO		SA
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	0002	2025	203,58	0,00				
RITENUTE ALLA FONTE									
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI									
				+/-	SALDO (A-B)				
codice ufficio	codice atto		TOTALE	A	203,58	B	0,00	P	203,58

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			
				TOTALE	C	D	+/-	SALDO (C-D)	

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)	

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/codice comune	Immob. Rapp. variati	Acc. Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
				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		
INAIL									
				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 203,58

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		CAB/SPORTELLI		circolare/vaglia postale	
17	03	2025						
					n.ro			
					tratto / emesso su			
					cod. ABI		CAB	

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN

firma