

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

0 2 6 2 3 5 2 0 5 8 8

barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI

CONGREGAZIONE PRETI DOTTR. CRISTIANA

nome

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

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	0011	2019	338,59	,	
RITENUTE ALLA FONTE	1712	0012	2019	25,73	,	
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI	1655	0011	2019	,	157,80	
				,	,	
				,	,	
				,	,	
codice ufficio	codice atto					+/- SALDO (A-B)
TOTALE A				364,32B	157,80+	206,52

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/ filiale azienda	da	periodo di riferimento: mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
7200	DM10	7203269687		11/2019	1.135,00	,	
					,	,	
					,	,	
					,	,	
					,	,	
					,	,	+/- SALDO (C-D)
TOTALE C					1.135,00D	,	+ 1.135,00

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
05	3802	0011	2018	7204	,	
				,	,	
				,	,	
				,	,	
				,	,	+/- SALDO (E-F)
TOTALE E				7204F	,	+ 7204

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

codice ente / codice comune	Ravv.	Immob. variabili	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
H703						3848	0011	2018	11,34	,	
F481						3848	0011	2018	9,79	,	
H703						3847	0011	2019	5,55	,	
F481						3847	0011	2019	4,81	,	
											+/- SALDO (G-H)
TOTALE G									31,49H	,	+ 31,49

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

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

codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	da	periodo di riferimento: mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
						,	,	
						,	,	
						,	,	+/- SALDO (M-N)
TOTALE M						,	N	,

FIRMA

SALDO FINALE

EURO + 1.445,05

ESTREMI DEL VERSAMENTO

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

DATA	CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE	Pagamento effettuato con assegno	
giorno mese anno	AZIENDA CAB/SPORTELLLO	n.ro	bancario/postale
		tratto / emesso su	cod. ABI CAB

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN

firma