

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

me

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	
	1001	0012	2020	547,54	,	
IMPOSTE DIRETTE - IVA				,	,	
RITENUTE ALLA FONTE				,	,	
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI				,	,	
				,	,	
				,	,	
codice ufficio	codice atto			,	,	+/-
						SALDO (A-B)
			TOTALE A	547,54B	,	+ 547,54

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		12	2020		1.870,00	,	
							,	,	
							,	,	
							,	,	
							,	,	+/-
									SALDO (C-D)
							TOTALE C	1.870,00D	+ 1.870,00

SEZIONE REGIONI

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

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

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

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	
								+/-
								SALDO (M-N)
								TOTALE M
						,	N	,

FIRMA

SALDO FINALE

EURO + 2.417,54

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	☐ bancario/postale
		☐ circolare/vaglia postale
		n.ro
		tratto / emesso su
		cod. ABI
		CAB

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN

firma