



DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 3 9 2 4 7 3 0 9 6 7 Barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI **HACKING TEAM SRL** nome

DOMICILIO FISCALE **MILANO** **M I** **VIA CARLO FREGUGLIA, 2**

SEZIONE ERARIO

	codice tributo	rateazione/ regione/ prov.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
IMPOSTE DIRETTE - IVA	1001		2007	4.205,24		
RITENUTE ALLA FONTE	1004		2007	1.471,14		
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
TOTALE A				5.676,38B		5.676,38

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/ filiale azienda	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
4900	DM10	4964463271	05 2007	8.057,00		
4900	RC01	4964463271	01 2007 01 2007	152,69		
4903	CXX	20121MILANO	05 2007	1.918,00		
TOTALE C				10.127,69D		10.127,69

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
0 6	3802		2006	28,85		
1 0	3802		2006	327,79		
1 4	3802		2006	39,12		
TOTALE E				395,76F		395,76

SEZIONE ICI ED ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/ codice comune	Immob. variaz.	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
9 9					3816		2006	74,42		
9 9					3860		2007	30,83		
TOTALE G								105,25H		105,25

Detrazione ICI abitazione principale

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

codice sede	posizione assicurativa numero	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
INAIL							
TOTALE I							

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							

FIRMA

SALDO FINALE

Barrare in caso di versamento da parte di erede, genitore, tutore o curatore fallimentare **EURO + 16.305,08**

ESTREMI DEL VERSAMENTO

(DA COMPILARE A CURA DI BANCA/ POSTE/ CONCESSIONARIO)

DATA _____ **CODICE BANCA/ POSTE/ CONCESSIONARIO** _____

giorno mese anno AZIENDA CAB/ SPORTELLO

Pagamento effettuato con assegno bancario/ postale
 circolare/ vaglia postale

n.ro _____ tratto / emesso su _____
 cod. ABI _____ CAB _____

Autorizzo addebito su conto corrente bancario n° _____ cod. ABI _____ CAB _____ firma _____