Agenzia Entrate

07/11/2008

STAMPA DI PROVA

Mod. F24

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

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

cognome, denominazione o ragione sociale: HT SRL

nome

data di nascita: giorno / mese / anno

sesso (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

DOMICILIO FISCALE

comune: MILANO

prov.: M I

via e numero civico: VIA MOSCOVA, 13

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				,	,
RITENUTE ALLA FONTE				,	,
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI				,	,
codice ufficio / codice atto				,	,

+/- **SALDO (A-B)**

TOTALE A , 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
4904	VMCF	49644632080105855			114,61	,
					,	,
					,	,

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

TOTALE C 114,61 D , + 114,61

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 ICI ED ALTRI TRIBUTI LOCALI

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

detrazione ICI abitazione principale ,

+/- **SALDO (G-H)**

TOTALE G , H ,

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						,	,
						,	,
						,	,

+/- **SALDO (I-L)**

TOTALE 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
						,	,
						,	,

+/- **SALDO (M-N)**

TOTALE M , N ,

SALDO FINALE

EURO + 114,61

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

DATA: giorno / mese / anno

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE: AZIENDA / CAB/SPORTELLO

Pagamento effettuato con assegno bancario/postale circolare/vaglia postale

n.ro

tratto / emesso su

cod. ABI / CAB

COPIA PER IL SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO

SISTEMI S.P.A. - Via Antonelli, 10 - 10093 COLLEGNO (TO) - Conforme al Provvedimento del 23/10/2007

MOD F24 ICI - 2007 EURO