



DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

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

cognome, denominazione o ragione sociale _____ nome _____

DATTANAGRAFICI **HT SRL**

data di nascita _____ sesso (M o F) _____ comune (o Stato estero) di nascita _____ prov. _____

giorno mese anno _____

comune _____ prov. _____ via e numero civico _____

DOMICILIO FISCALE **MILANO** **M I** **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	8904		2012	1.312,50	,	
RITENUTE ALLA FONTE				,	,	
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI				,	,	
				,	,	
				,	,	
codice ufficio _____ codice atto _____				,	,	+/- SALDO (A-B)
TOTALE A				1.312,50 B		+ 1.312,50

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/fila e azienda	da	mm/aaaa	periodo di riferimento: a	mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
							,	,	
							,	,	
							,	,	
							,	,	
							,	,	+/- SALDO (C-D)
TOTALE C							D		

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

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

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ASSICURATIVI

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

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

SALDO FINALE

EURO + 1.312,50

ESTREMI DEL VERSAMENTO

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

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno <input type="checkbox"/> bancario/postale <input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLO	
2	2	06	2	0	n.ro _____
2	0	1	2		tratto / emesso su _____
					cod. ABI _____ CAB _____