

DELEGA IRREVOCABILE A: _____

AGENZIA _____

PROV. _____

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

PER L'ACREDITO 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 _____
DATI ANAGRAFICI HT SRL
data di nascita _____ giorno _____ nome _____ sesto (M o F) _____ comune (o Stato estero) di nascita _____ prov. _____
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	1040	09	2013	946 , 40	,	
RITENUTE ALLA FONTE				,	,	
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI				,	,	
codice ufficio _____ codice atto _____						+/- SALDO (A-B)
TOTALE A				946 , 40 B	,	+ 946 , 40

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/ filiale 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

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE											
codice ente / codice comune	Raw.	Inmob. Variati	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 ED ASSICURATIVI

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

FIRMA _____ **SALDO FINALE** _____

EURO + 946 , 40

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/SPORTELLO	<input type="checkbox"/> bancario/postale	<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale

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

Autorizzo addebito su _____
 conto corrente codice IBAN _____ **firma** _____

CONFORME AL DECRETO DIRETTORE AGENZIA DELLE ENTRATE 19/06/2013 - ITWorking S.r.l.