HTSRLX01

2011/05 01 0006/0007

Mod. **F24**

Agenzia Entrate

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A: 00000

AGENZIA PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

ZUCCHETTI S.p.A. - Via Solferino, 1 - 26900 Lodi

Conforme al Provvedimento del 23/10/2007

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.: MI 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:

TOTALE A | B | +/- SALDO (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

TOTALE C | D | +/- SALDO (C-D)

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione / mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati

TOTALE E | F | +/- SALDO (E-F)

SEZIONE ICI ED ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/ codice comune	Ravv.	Immob. variati	Acc.	Sald.	numero immobili	codice tributo	rateazione / mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
I 7 0 0						3 8 4 8	0004	2010	1110	
L 4 0 0						3 8 4 7	0004	2011	842	
L 4 0 0						3 8 4 8	0004	2010	1594	
M 1 3 8						3 8 4 7	0004	2011	779	

detrazione ICI abitazione principale:

TOTALE G | 4325 H | + 4325

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 | L | +/- SALDO (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

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

FIRMA

SALDO FINALE

EURO + 4325

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

MOD. F24 ICI - 2007 EURO

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

1° COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE