

# 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

MOD. F24 ICI - 2007 EURO

### CONTRIBUENTE

**CODICE FISCALE** 0 3 9 2 4 7 3 0 9 6 7 | | | | |  
cognome, denominazione o ragione sociale \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_  
barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

**DATI ANAGRAFICI** 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 MI 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	
<b>IMPOSTE DIRETTE - IVA</b>						
<b>RITENUTE ALLA FONTE</b>						
<b>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>						
						+/-
						<b>SALDO (A-B)</b>
			<b>TOTALE A</b>	<b>B</b>		

### SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	maticola INPS/codice INPS/ filiale azienda	periodo di riferimento: da mmm/aaaa	a mmm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
							+/-
							<b>SALDO (C-D)</b>
			<b>TOTALE C</b>		<b>D</b>		

### SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione / mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
						+/-
						<b>SALDO (E-F)</b>
			<b>TOTALE E</b>	<b>F</b>		

### SEZIONE ICI ED ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente / codice comune	Immob. Ravv. variati	Immob. Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione / mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
M 13 8					3 8 4 8	0004	2010	2126		
										+/-
										<b>SALDO (G-H)</b>
								2126H		+ 2126
								<b>TOTALE G</b>		

### 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	
<b>INAIL</b>	13600	13648561	82		902011	P	1.80654		
									+/-
									<b>SALDO (I-L)</b>
							1.80654L		+ 1.80654
							<b>TOTALE I</b>		

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

**FIRMA** \_\_\_\_\_ **SALDO FINALE** EURO + 1.827,80

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

<b>DATA</b> giorno _____ mese _____ anno _____	<b>CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE</b> AZIENDA _____ CAB/SPORTELLLO _____	Pagamento effettuato con assegno _____ bancario / postale n.ro _____ circolare / vaglia postale
Autorizzo addebito su conto corrente bancario n° _____ cod. ABI _____ CAB _____ firma _____		tratto / emesso su _____ cod. ABI _____ CAB _____