

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A: 0
AGENZIA _____ PROV. _____
PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 3 9 2 4 7 3 0 9 6 7 | | | | | | |
cognome, denominazione o ragione sociale _____ name _____
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
1 0 1 2	0003	2012	20.33839	
1 0 0 1	0003	2012	27.01381	
1 0 0 4	0003	2012	34.08648	
TOTALE A				81.43868B

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	materiale INPS/codice INPS/ filiale azienda	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati
4900	EST1	4964463271	032012	9600	
4903	C10	20121MILANO	032012	4.21500	
4903	CXX	20121MILANO	032012	23.29600	
4900	DM10	4964463271	032012	33.63500	
TOTALE C				61.24200D	61.24200

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione / mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
01	3 8 0 2	0003	2011	11339	
09	3 8 0 2	0003	2011	4401	
10	3 8 0 2	0003	2011	1.48426	
13	3 8 0 2	0003	2011	5591	
TOTALE E				1.69757F	1.69757

SEZIONE ICI ED ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/ codice comune	Immob. variati	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione / mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
A 34 5					3 8 4 7	0003	2012	1442	
A 34 5					3 8 4 8	0003	2011	3933	
B 79 6					3 8 4 7	0003	2012	582	
B 79 6					3 8 4 8	0003	2011	1163	
TOTALE G								7120H	7120

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

codice sede	posizione assicurativa	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati
TOTALE I					L	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	N

FIRMA _____ **SALDO FINALE** EURO + 144.449,45

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

DATA _____ CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE _____
 AZIENDA _____ CAB/SPORTELLO _____
 Pagamento effettuato con assegno _____ bancario / postale _____
 n.ro _____ circolare / vaglia postale _____
 tratto / emesso su _____ cod. ABI _____ CAB _____

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

DELEGA IRREVOCABILE A: 0

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

cognome, denominazione o ragione sociale

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

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	+/-	SALDO (A-B)
IMPOSTE DIRETTE - IVA							
RITENUTE ALLA FONTE							
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI							
TOTALE	A			B			

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/ filiale azienda	periodo di riferimento: da mmm/aaaa a mmm/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 ICI ED ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente / codice comune	Immob. variabili	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione / mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	+/-	SALDO (G-H)
B 96 3					3 8 4 8	0003	2011	1390			
C 32 9					3 8 4 7	0003	2012	731			
C 56 5					3 8 4 8	0003	2011	1513			
C 56 5					3 8 4 7	0003	2012	1771			
TOTALE								G	H		
											5405

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

codice sede	posizione assicurativa	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	periodo di riferimento: da mmm/aaaa a mmm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	+/-	SALDO (M-N)
TOTALE					M	N		

FIRMA

SALDO FINALE

EURO + 5405

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

DATA		CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno		bancario / postale	
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLLO	n.ro		circolare / vaglia postale
					tratto / emesso su	cod. ABI	CAB

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

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A: 0

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

DATI ANAGRAFICI

HT SRL

data di nascita

sex (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	
IMPOSTE DIRETTE - IVA						
RITENUTE ALLA FONTE						
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
						+/- SALDO (A-B)
			TOTALE A	B		

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/ filiale azienda	periodo di riferimento: da mmm/aaaa a mmm/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 ICI ED ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente / codice comune	Immob. variabili	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione / mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
D 96 9					3 8 4 7	0003	2012	653		
D 96 9					3 8 4 8	0003	2011	1781		
E 92 1					3 8 4 7	0003	2012	933		
E 92 1					3 8 4 8	0003	2011	1772		+/- SALDO (G-H)
							TOTALE G	5139H		+ 5139

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

codice sede	posizione assicurativa	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	periodo di riferimento: da mmm/aaaa a mmm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati				
							+/- SALDO (M-N)			
							TOTALE M	N		

FIRMA

SALDO FINALE

EURO + 5139

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

DATA	CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno		bancario / postale
giorno mese anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLO	n.ro	tratto / emesso su	cod. ABI CAB

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

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A: **0**
 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	
DATI ANAGRAFICI	HT SRL		
	data di nascita	Sesso (M o F)	Comune (o Stato estero) di nascita
	giorno mese anno		prov.
	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	
IMPOSTE DIRETTE - IVA						
RITENUTE ALLA FONTE						
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
						+/-
						SALDO (A-B)
TOTALE	A			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	
							+/-
							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 ICI ED ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/ codice comune	Immob. Ravv. variati	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione / mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
F 20 5					3 8 4 7	0003	2012	3960		
F 20 5					3 8 4 8	0003	2011	7605		
G 48 8					3 8 4 8	0003	2011	3935		
H 37 1					3 8 4 7	0003	2012	1370		
										+/-
										SALDO (G-H)
TOTALE	G							16870H		+
										16870

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

codice sede	posizione assicurativa	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	periodo di riferimento: da mmm/aaaa	a mmm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
								+/-
								SALDO (M-N)
TOTALE	M					N		

FIRMA

SALDO FINALE

EURO + **16870**

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

DATA giorno mese anno	CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno n.ro _____ tratto / emesso su _____	bancario / postale circulari / vaglia postale
	AZIENDA	CAB/SPORTELLO		

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

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A: 0

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 03924730967
cognome, denominazione o ragione sociale
nome
DATI ANAGRAFICI HT SRL
data di nascita giorno mese anno sesso (M o F) Comune (o Stato estero) di nascita prov.
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	
IMPOSTE DIRETTE - IVA					
RITENUTE ALLA FONTE					
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI					
+/- SALDO (A-B)					
TOTALE A			B		

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/ filiale azienda	periodo di riferimento: da mmm/aaaa a mmm/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 ICI ED ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente / codice comune	Immob. variabili	Acc. Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione / mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
H 37 1				3 8 4 8	0003	2011	2941		
I 27 4				3 8 4 8	0003	2011	1161		
I 69 0				3 8 4 7	0003	2012	465		
I 69 0				3 8 4 8	0003	2011	895		
+/- SALDO (G-H)									
TOTALE G							5462H		+ 5462

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

codice sede	posizione assicurativa	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	periodo di riferimento: da mmm/aaaa a mmm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
+/- SALDO (M-N)							
TOTALE M						N	

FIRMA

SALDO FINALE

EURO + 5462

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 n.ro circolare / vaglia postale
tratto / emesso su cod. ABI CAB

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

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A: 0
AGENZIA _____ PROV. _____
PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 3 9 2 4 7 3 0 9 6 7 | | | |
cognome, denominazione o ragione sociale

DATI ANAGRAFICI
HT SRL
data di nascita: giorno mese anno _____ sesso (M o F) Comune (o Stato estero) di nascita _____ prov. _____
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	
					+/- SALDO (A-B)
TOTALE A					B

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/ filiale azienda	periodo di riferimento: da mmm/aaaa a mmm/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 ICI ED ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/ codice comune	Immob. variabili	Acc. Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione / mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati		
L 40 0				3 8 4 7	0003	2012	1126		+/- SALDO (G-H)	
L 40 0				3 8 4 8	0003	2011	2381			
TOTALE G								3507 ^H		+ 3507

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

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

FIRMA _____ **SALDO FINALE** EURO + 3507

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 n.ro _____ tratto / emesso su _____	bancario / postale circulari / vaglia postale cod. ABI _____ CAB _____
--------------------------	--	--	--

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

ZUCCHETTI S.p.A. - Via Solferino, 1 - 26900 Lodi
Conforme al Provvedimento del 23/10/2007
MOD. F24 ICI - 2007 EURO