

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

**DATI ANAGRAFICI**

HT SRL

data di nascita

sesto (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

giorno

me

anno

comune

prov.

via e numero civico

**DOMICILIO FISCALE**

MILANO

M I

VIA CARLO FREGUGLIA, 2

**CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare**

codice identificativo

**SEZIONE ERARIO**

**IMPOSTE DIRETTE - IVA**

**RITENUTE ALLA FONTE**

**ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI**

codice tributo

rateazione/regione/prov./mese rif.

anno di riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

1001

2007

14.995,33

1004

2007

17.137,13

1712

2007

89,04

codice ufficio

codice atto

**TOTALE A**

32.221,50B

**SALDO (A-B)**

32.221,50

**SEZIONE INPS**

codice sede

causale contributo

matricola INPS/codice filiale azienda

periodo di riferimento: da mm/aaaa

a mm/aaaa

importi a debito versati

importi a credito compensati

4900

DM10

4964463271

11 2007

23.046,00

4903

C10

20121MILANO

11 2007

506,00

4903

CXX

20121MILANO

11 2007

3.280,00

**TOTALE C**

26.832,00D

**SALDO (C-D)**

26.832,00

**SEZIONE REGIONI**

codice regione

codice tributo

rateazione/mese rif.

anno di riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

0 6

3802

2006

28,84

1 0

3802

2006

199,73

1 4

3802

2006

39,16

**TOTALE E**

267,73F

**SALDO (E-F)**

267,73

**SEZIONE ICI ED ALTRI TRIBUTI LOCALI**

codice ente/codice comune

Inmob. variabili

Acc.

Saldo

numero immobili

codice tributo

rateazione/mese rif.

anno di riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

9 9

3816

2006

48,08

9 9

3860

2007

21,04

**TOTALE G**

69,12H

**SALDO (G-H)**

69,12

**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**

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**

**FIRMA**

**SALDO FINALE**

EURO +

59.390,35

**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

n.ro

circolare/vaglia postale

tratto / emesso su

cod. ABI

CAB

Autorizzo addebito su

conto corrente bancario n°

cod. ABI

CAB

firma