



DELEGA IRREVOCABILE A:

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

DATI ANAGRAFICI HT SRL nome

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 M I VIA CARLO FREGUGLIA, 2

SEZIONE ERARIO

	codice tributo	rateazione/ regione/ prov.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
IMPOSTE DIRETTE - IVA	1001		2007	11.591,58		
RITENUTE ALLA FONTE	1004		2007	16.178,11		
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
TOTALE A				27.769,69B		27.769,69

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	
4900	DM10	4964463271	09 2007	18.362,00		
4903	C10	20121MILANO	09 2007	5.479,00		
4903	CXX	20121MILANO	09 2007	2.873,00		
TOTALE C				26.714,00D		26.714,00

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
0 6	3802		2006	28,85		
1 0	3802		2006	321,28		
1 0	3802		2007	437,99		
1 4	3802		2006	39,12		
TOTALE E				827,24F		827,24

SEZIONE ICI ED ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/ codice comune	Immob. Revv. variati	Acc. Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
9 9				3816		2006	86,41		
9 9				3816		2007	96,24		
9 9				3860		2007	35,20		
TOTALE G							217,85H		217,85

Detrazione ICI abitazione principale

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							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							SALDO (M-N)

FIRMA

SALDO FINALE

Barrare in caso di versamento da parte di erede, genitore, tutore o curatore fallimentare **EURO + 55.528,78**

ESTREMI DEL VERSAMENTO

(DA COMPILARE A CURA DI BANCA/ POSTE/ CONCESSIONARIO)

DATA: giorno mese anno

CODICE BANCA/ POSTE/ CONCESSIONARIO: AZIENDA CAB/ SPORTELLO

Pagamento effettuato con assegno bancario/ postale circolare/ vaglia postale

n.ro _____ tratto / emesso su _____

cod. ABI _____ CAB _____

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