



DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PROV.

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

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 _____ nome _____

DATI ANAGRAFICI HT SRL

data di nascita _____ sesso (M o F) _____ comune (o Stato estero) di nascita _____ prov. _____

comune _____ prov. _____ via e numero civico _____

DOMICILIO FISCALE MILANO M I 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 _____				,	,	+/- SALDO (A-B)
TOTALE A				,	B	,

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/ filiale azienda	da	mm/aaaa	periodo di riferimento: a	mm/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 IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente / codice comune	Raw.	Immob. variab.	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
M I						3850		2013	1.170,00	,	
									,	,	
									,	,	
									,	,	+/- SALDO (G-H)
detrazione _____									1.170,00 H	,	+ 1.170,00
TOTALE G											

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

codice sede	codice ditta	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	da	mm/aaaa	periodo di riferimento: a	mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
								,	,	
								,	,	+/- SALDO (M-N)
TOTALE M								,	N	,

SALDO FINALE

EURO + 1.170,00

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 <input type="checkbox"/> bancario/postale <input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
	AZIENDA	CAB/SPORTELLO	
n.ro _____			tratto / emesso su _____
			cod. ABI _____ CAB _____

CONFORME AL DECRETO DIRETTORE AGENZIA DELLE ENTRATE 12/04/2012 - ITWoring S.r.l. www.itworing.it