Agenzia Entrate

Mod. **F24**

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 00071800932

barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI

cognome, denominazione o ragione sociale: CANTINA DI SACILE E FONTANAFREDDA Societa Cooperativa

nome:

data di nascita (giorno, mese, anno):

sesso (M o F):

comune (o Stato estero) di nascita:

prov.:

DOMICILIO FISCALE

comune: FONTANAFREDDA

prov.: PN

via e numero civico: VIA BRIGATA OSOPPO 174

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	1001	12	2015	16.325,62	0,00
RITENUTE ALLA FONTE	1040	12	2015	1.936,30	0,00
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI	1012	12	2015	374,39	0,00
	1655	12	2015	0,00	1.371,00
				,	,
				,	,
TOTALE			A	18.636,31 B	1.371,00

codice ufficio

codice atto

+/- SALDO (A-B) 17.265,31

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
9300	DM10	9300295860	12 2015		13.478,00	0,00
					,	,
					,	,
					,	,
TOTALE				C	13.478,00 D	0,00

+/- SALDO (C-D) 13.478,00

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
07	3802	00 / 12	2015	499,38	0,00
21	3802	00 / 12	2015	264,17	0,00
				,	,
				,	,
TOTALE			E	763,55 F	0,00

+/- SALDO (E-F) 763,55

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

codice ente/codice comune	Ravv.	Immob. variati	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
I403						3848	00 / 12	2015	80,91	0,00
I435						3848	00 / 12	2015	77,90	0,00
D854						3848	00 / 12	2015	58,70	0,00
									,	,
TOTALE								G	217,51 H	0,00

detrazione ,

+/- SALDO (G-H) 217,51

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

	codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati
INAIL						,	,
						,	,
						,	,
TOTALE					I	, L	,

+/- 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	, N	,

+/- SALDO (M-N) ,

SALDO FINALE

EURO + 31.724,37

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
18 01 2016	08356	64880

Pagamento effettuato con assegno ☐ bancario/postale ☐ circolare/vaglia postale

n.ro

tratto / emesso su

cod. ABI CAB

MOD. F24 - 2013 EURO

COPIA PER IL SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO