

**MODELLO DI PAGAMENTO
UNIFICATO**

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE**CODICE FISCALE**

0 0 0 7 1 8 0 0 9 3 2

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

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

DATI ANAGRAFICI

CANTINA DI SACILE E FONTANAFREDDA Societa Cooperativa

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

FONTANAFREDDA

P N

VIA BRIGATA OSOPPO 174

**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

6003

2016

33.647,18

0,00

codice ufficio

codice atto

TOTALE A

33.647,18B

0,00

SALDO (A-B)

33.647,18

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 LOCALIcodice ente/
codice comune

Raw.

Imm.

var.

Acc.

Saldo

numero
immobili

codice tributo

rateazione/
mese rif.anno di
riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

SALDO (G-H)**TOTALE G**

H

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI**INAIL**

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 +

33.647,18

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

giorno mese anno

1 5 0 4 2 0 1 6

08356

64880