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	04	2016	5.373,09	0,00
RITENUTE ALLA FONTE	1038	04	2016	693,22	0,00
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI	1655	04	2016	0,00	330,46
				,	,
				,	,
				,	,

codice ufficio | codice atto

TOTALE A: 6.066,31 B: 330,46 +/- SALDO (A-B): 5.735,85

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/filiale azienda	periodo di riferimento da mm/aaaa	periodo di riferimento a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati
9300	DM10	9300295860	4 2016		6.936,00	0,00
					,	,
					,	,
					,	,

TOTALE C: 6.936,00 D: 0,00 +/- SALDO (C-D): 6.936,00

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
21	3802	00 / 04	2015	140,60	0,00
07	3802	00 / 04	2015	127,59	0,00
				,	,
				,	,

TOTALE E: 268,19 F: 0,00 +/- SALDO (E-F): 268,19

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
I103						3848	00 / 04	2015	36,83	0,00
L195						3848	00 / 04	2015	9,49	0,00
E889						3848	00 / 04	2015	7,19	0,00
A516						3848	00 / 04	2015	7,01	0,00

detrazione ,

TOTALE G: 60,52 H: 0,00 +/- SALDO (G-H): 60,52

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
					,	,
					,	,
					,	,

TOTALE I: , L: , +/- SALDO (I-L): ,

codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento da mm/aaaa	periodo di riferimento a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati
						,	,
						,	,

TOTALE M: , N: , +/- SALDO (M-N): ,

SALDO FINALE

EURO + 13.000,56

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
16 05 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