

DELEGA IRREVOCABILE A:

**MODELLO DI PAGAMENTO
UNIFICATO**

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

giorno

mese

anno

sesso (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

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

1001

08

2016

10.221,09

0,00

1655

08

2016

0,00

388,27

codice ufficio

codice atto

TOTALE A

10.221,09B

388,27

SALDO (A-B)

9.832,82

SEZIONE INPScodice
sedecausale
contributomatricola INPS/codice INPS/
filiale azienda

da mm/aaaa

periodo di riferimento:
a mm/aaaa

importi a debito versati

importi a credito compensati

9300

DM10

9300295860

8

2016

10.270,00

0,00

SALDO (C-D)**TOTALE C**

10.270,00D

0,00

10.270,00

SEZIONE REGIONIcodice
regione

codice tributo

rateazione/
mese rif.anno di
riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

2 | 1

3802

00 / 08

2015

140,60

0,00

0 | 7

3802

00 / 08

2015

127,60

0,00

SALDO (E-F)**TOTALE E**

268,20F

0,00

268,20

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALIcodice ente/
codice comune

Raw.

Immob.
variati

Acc.

Saldo

numero
immobili

codice tributo

rateazione/
mese rif.anno di
riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

I | 1 | 0 | 3

3848

00 / 08

2015

36,83

0,00

I | 1 | 9 | 5

3848

00 / 08

2015

9,49

0,00

E | 8 | 8 | 9

3848

00 / 08

2015

7,19

0,00

A | 5 | 1 | 6

3848

00 / 08

2015

7,01

0,00

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

60,52H

0,00

60,52

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**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** +

20.431,54

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