

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

09

2016

11.864,48

0,00

1655

09

2016

0,00

922,10

6099

01 / 01

2015

0,00

5.000,00

codice ufficio

codice atto

**TOTALE A**

11.864,48B

5.922,10

+/- **SALDO (A-B)**

5.942,38

**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

2 | 1

3802

00 / 09

2015

140,59

0,00

0 | 7

3802

00 / 09

2015

127,57

0,00

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

268,16F

0,00

268,16

**SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI**codice 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 / 09

2015

36,83

0,00

I | 1 | 9 | 5

3848

00 / 09

2015

9,49

0,00

E | 8 | 8 | 9

3848

00 / 09

2015

7,19

0,00

A | 5 | 1 | 6

3848

00 / 09

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 +

6.271,06

**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 4 | 1 0 | 2 0 | 1 6

08356

64880