

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

1713

rateazione/regione/
prov./ mese rif.

12

anno di
riferimento

2015

importi a debito versati

3,10

importi a credito compensati

0,00

codice ufficio

codice atto

TOTALE A

3,10

0,00

SALDO (A-B)

3,10

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

TOTALE C

D

SALDO (C-D)**SEZIONE REGIONI**

codice regione

codice tributo

rateazione/
mese rif.anno di
riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

TOTALE E

F

SALDO (E-F)**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

TOTALE G

H

SALDO (G-H)**SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI****INAIL**

codice sede

16700

codice ditta

03205958

c.c.

24

numero
di riferimento

902016

causale

P

importi a debito versati

2.976,84

importi a credito compensati

0,00

TOTALE I

2.976,84

0,00

SALDO (I-L)

2.976,84

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

TOTALE M

N

SALDO (M-N)**SALDO FINALE**

EURO +

2.979,94

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