



MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA
PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

PROV.

barrare in caso di anno d'imposta
non coincidente con anno solare**CODICE FISCALE** 0 | 0 | 0 | 7 | 1 | 8 | 0 | 0 | 9 | 3 | 2 |

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

DATI ANAGRAFICI CANTINA DI SACILE E FONTANAFREDDA Societa Cooperativa

prov.

data di nascita
giorno | mese | anno
comune

sesso (M o F) comune (o Stato estero) di nascita

prov. via e numero civico

prov.

DOMICILIO FISCALE FONTANAFREDDA

P | N VIA BRIGATA OSOPPO 174

codice identificativo

**CODICE FISCALE del coobbligato, erede,
genitore, tutore o curatore fallimentare**codice tributo rateazione/regione/
prov./mese rif. anno di
riferimento importi a debito versati importi a credito compensati

1040 02 2016 374,25 0,00

IMPOSTE DIRETTE - IVA**RITENUTE ALLA FONTE****ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI****SALDO (A-B)**codice ufficio codice atto **TOTALE A** 374,25 **B** 0,00 **SALDO (A-B)** 374,25codice sede causale matricola INPS/codice INPS/
contributo filiale azienda periodo di riferimento:
da mm/aaaa a mm/aaaa importi a debito versati importi a credito compensati**SALDO (C-D)**codice regione codice tributo rateazione/
mese rif. anno di
riferimento importi a debito versati importi a credito compensati**SALDO (E-F)**codice ente/
codice comune Istrub.
Rivv. Variab. Acc. Saldo immobili codice tributo rateazione/
mese rif. anno di
riferimento importi a debito versati importi a credito compensati**SALDO (G-H)**detrazione codice sede codice ditta c.c. numero
di riferimento causale importi a debito versati importi a credito compensati**SALDO (I-L)**INAIL codice sede causale contributo codice posizione periodo di riferimento:
da mm/aaaa a mm/aaaa importi a debito versati importi a credito compensati**SALDO (M-N)**codice ente codice sede causale contributo codice posizione periodo di riferimento:
da mm/aaaa a mm/aaaa importi a debito versati importi a credito compensati

EURO + 374,25

Pagamento effettuato con assegno

 bancario/postale
 circolare/vaglia postale

n.ro _____

tratto / emesso su _____

cod. ABI CAB

DATA CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

AZIENDA

CAB/SPORTELLO

giorno | mese | anno
1 | 6 | 0 | 3 | 2 | 0 | 1 | 6 |

08356 64880

COPIA PER IL SOGGETTO CHE EFFETTUÀ IL VERSAMENTO