Agenzia Entrate

Mod. **F24**

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 0 7 1 8 0 0 9 3 2

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.: P N — 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	03	2016	5.901,64	0,00	
RITENUTE ALLA FONTE	1655	03	2016	0,00	336,27	
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI				,	,	
				,	,	
				,	,	
				,	,	+/- SALDO (A-B)
			TOTALE A	5.901,64 B	336,27	5.565,37

codice ufficio — codice atto

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/filiale azienda	periodo di riferimento da mm/aaaa	a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
9300	DM10	9300295860	3 2016		7.844,00	0,00	
					,	,	
					,	,	
					,	,	+/- SALDO (C-D)
				TOTALE C	7.844,00 D	0,00	7.844,00

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
2 1	3802	00 / 03	2015	140,59	0,00	
0 7	3802	00 / 03	2015	127,59	0,00	
0 7	3802	00 / 01	2015	36,28	0,00	
0 7	3802	00 / 02	2016	36,28	0,00	+/- SALDO (E-F)
			TOTALE E	340,74 F	0,00	340,74

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	
I 1 0 3						3848	00 / 03	2015	36,83	0,00	
L 1 9 5						3848	00 / 03	2015	9,49	0,00	
E 8 8 9						3848	00 / 03	2015	7,19	0,00	
A 5 1 6						3848	00 / 03	2015	7,01	0,00	+/- SALDO (G-H)
detrazione ,								TOTALE G	60,52 H	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	periodo di riferimento da mm/aaaa	a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
						,	,	
						,	,	+/- SALDO (M-N)
					TOTALE M	, N	,	,

SALDO FINALE

EURO + 13.810,63

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
1 5 0 4 2 0 1 6	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