

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

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 identificativo

SEZIONE ERARIO

codice tributo rateazione/regione/prov./mese rif. anno di riferimento importi a debito versati importi a credito compensati

IMPOSTE DIRETTE - IVA**RITENUTE ALLA FONTE****ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI**

codice ufficio

codice atto

TOTALE A**SALDO (A-B)****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

TOTALE C**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**SALDO (E-F)****SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI**

codice ente/codice comune

Rav. Immobi. variati Acc. Saldo numero immobili

codice tributo

rateazione/mese rif.

anno di riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

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

detrazione

19,79

0,00

19,79

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

INAIL

codice sede

codice ditta

c.c.

numero di riferimento

causale

importi a debito versati

importi a credito compensati

TOTALE I**SALDO (I-L)**

codice ente

codice sede

causale contributo

codice posizione

periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa

TOTALE M**SALDO (M-N)**

importi a debito versati

importi a credito compensati

SALDO FINALE

EURO +

19,79

ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILEARE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)

DATA

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

Pagamento effettuato con assegno

 bancario/postale

giorno

mese

anno

AZIENDA

CAB/SPORTELLO

 circolare/vaglia postale

1 | 6 | 0 | 5 | 2 | 0 | 1 | 6

08356

64880

n.ro

tratto / emesso su

cod. ABI

CAB