

**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

sesso (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

giorno

mese

anno

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

codice ufficio

codice atto

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

Imm.

var.

Acc.

Saldo

numero  
immobili

codice tributo

rateazione/  
mese rif.anno di  
riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

L 71010

3848

00 / 04

2015

19,79

0,00

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

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

19,79

**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 6 0 5 2 0 1 6

08356

64880