

**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)

, , B , , ,

**SEZIONE INPS**

codice sede

causale contributo

matricola INPS/codice INPS/filiale azienda

da mm/aaaa

a mm/aaaa

importi a debito versati

importi a credito compensati

TOTALE C

SALDO (C-D)

, , 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)

, , F , , ,

**SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI**

codice ente/codice comune

Rav.

Immob. 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)

, , 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

SALDO (I-L)

, , L , , ,

codice ente

codice sede

causale contributo

codice posizione

da mm/aaaa

a mm/aaaa

importi a debito versati

importi a credito compensati

TOTALE M

SALDO (M-N)

, , N , , ,

SALDO FINALE

EURO + 530,00

**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

n.ro

08356

64880

cod. ABI

CAB