Agenzia Entrate

Mod. **F24**

# MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

## CONTRIBUENTE

**CODICE FISCALE** 00071800932

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.: PN — via e numero civico: 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

+/- **SALDO (A-B)**

**TOTALE 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | , | , |
| | | | | | , | , |
| | | | | | , | , |
| | | | | | , | , |

+/- **SALDO (C-D)**

**TOTALE C** , **D** , , 

## SEZIONE REGIONI

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

+/- **SALDO (E-F)**

**TOTALE E** , **F** , , 

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| L195 | | | | | 1 | 3944 | 01 / 01 | 2016 | 739,00 | 0,00 |
| | | | | | | | | | , | , |
| | | | | | | | | | , | , |
| | | | | | | | | | , | , |

detrazione , 

+/- **SALDO (G-H)**

**TOTALE G** 739,00 **H** 0,00 739,00

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | , | , |
| | | | | | , | , |
| | | | | | , | , |

+/- **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** + 739,00

## 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 |
|---|---|---|
| 27 07 2016 | 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