

DELEGA IRREVOCABILE A:

**MODELLO DI PAGAMENTO  
UNIFICATO**

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**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 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

1001

07

2016

9.915,90

0,00

1655

07

2016

0,00

449,63

1631

00 / 00

2015

0,00

1.782,00

codice ufficio

codice atto

**TOTALE A**

9.915,90

2.231,63

**SALDO (A-B)**

7.684,27

**SEZIONE INPS**

codice sede

causale  
contributomatricola INPS/codice INPS/  
filiale azienda

da mm/aaaa

periodo di riferimento:  
a mm/aaaa

importi a debito versati

importi a credito compensati

9300

DM10

9300295860

7

2016

11.193,00

0,00

9300

DMRP

9300295860

9

2015

0,00

30,45

**SALDO (C-D)****TOTALE C**

11.193,00

30,45

11.162,55

**SEZIONE REGIONI**

codice regione

codice tributo

rateazione/  
mese rif.anno di  
riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

2 1

3802

00 / 07

2015

140,59

0,00

0 7

3802

00 / 07

2015

127,58

0,00

**SALDO (E-F)****TOTALE E**

268,17

0,00

268,17

**SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI**codice ente/  
codice comune

Raw.

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 / 07

2015

36,83

0,00

I 1 9 5

3848

00 / 07

2015

9,49

0,00

E 8 8 9

3848

00 / 07

2015

7,19

0,00

A 5 1 6

3848

00 / 07

2015

7,01

0,00

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

60,52

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**

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

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

EURO +

19.175,51

**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  
0 9 0 8 2 0 1 6

08356

64880