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

	codice tributo	rateazione/regione/prov./mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
IMPOSTE DIRETTE – IVA	6008		2016	37.254,92	0,00
RITENUTE ALLA FONTE	1040	08	2016	1.000,00	0,00
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI	1030	08	2016	513,34	0,00
				,	,
				,	,
				,	,

codice ufficio — codice atto

TOTALE A 38.768,26 **B** 0,00 — +/- **SALDO (A-B)** 38.768,26

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
9300	LAS	32573783161201946	1 2016	3 2016	3.829,45	0,00
					,	,
					,	,
					,	,

TOTALE C 3.829,45 **D** 0,00 — +/- **SALDO (C-D)** 3.829,45

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

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
L700						3848	00 / 08	2015	19,80	0,00
									,	,
									,	,
									,	,

detrazione ,

TOTALE G 19,80 **H** 0,00 — +/- **SALDO (G-H)** 19,80

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	periodo di riferimento: da mm/aaaa	a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati
						,	,
						,	,

TOTALE M , **N** , — +/- **SALDO (M-N)** ,

SALDO FINALE

EURO + 42.617,51

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
16 09 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