

**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

+/- **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

**TOTALE E****F**+/- **SALDO (E-F)****SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI**

codice ente/codice comune

Ravv.

Immob. variati

Acc.

Saldo

numero immobili

codice tributo

rateazione/mese rif.

importi a debito versati

importi a credito compensati

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

01 / 02

2016

214,00

0,00

214,00

detrazione

,

**TOTALE G****H**

0,00

214,00

**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

**TOTALE I****L**+/- **SALDO (I-L)**

codice ente

codice sede

causale contributo

codice posizione

periodo di riferimento:

da mm/aaaa a mm/aaaa

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

EURO

+ 214,00

**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

n.ro

\_\_\_\_\_

 circolare/vaglia postale

2 | 9 | 0 | 9 | 2 | 0 | 1 | 6

tratto / emesso su

\_\_\_\_\_

 cod. ABI \_\_\_\_\_

CAB