Data: 24/11/2016 - Ore: 16:50:28 - Utente: PRTDNL72L25G888C
Soggetto: CANTINA DI SACILE E FONTANAFREDDA Societa Cooperativa (00071800932)

Agenzia Entrate

Mod. **F24**

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

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.: P N — 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	1030	09	2016	714,77	0,00
RITENUTE ALLA FONTE	1040	09	2016	400,00	0,00
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI	1038	09	2016	115,00	0,00
	6099	01 / 01	2015	0,00	5.000,00
				,	,
				,	,
TOTALE				A 1.229,77	B 5.000,00

codice ufficio — codice atto

+/- SALDO (A-B) -3.770,23

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	DM10	9300295860	9 2016		8.134,00	0,00
					,	,
					,	,
					,	,
TOTALE					C 8.134,00	D 0,00

+/- SALDO (C-D) 8.134,00

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
L 7 0 0						3848	00 / 09	2015	19,79	0,00
									,	,
									,	,
									,	,
TOTALE									G 19,79	H 0,00

detrazione ,

+/- SALDO (G-H) 19,79

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						,	,
						,	,
						,	,
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 + 4.383,56

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
1 4 1 0 2 0 1 6	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