Agenzia Entrate

Mod. **F24**

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 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	1001	01	2016	4.714,80	0,00
RITENUTE ALLA FONTE	1655	01	2016	0,00	359,39
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI				,	,
				,	,
				,	,
				,	,

codice ufficio — codice atto

TOTALE A 4.714,80 **B** 359,39 +/- **SALDO (A-B)** 4.355,41

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	1 2016		6.770,00	0,00
					,	,
					,	,
					,	,

TOTALE C 6.770,00 **D** 0,00 +/- **SALDO (C-D)** 6.770,00

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
2 1	3802	00 / 01	2015	140,59	0,00
0 7	3802	00 / 01	2015	91,31	0,00
				,	,
				,	,

TOTALE E 231,90 **F** 0,00 +/- **SALDO (E-F)** 231,90

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
I 1 0 3						3848	00 / 01	2015	36,83	0,00
L 1 9 5						3848	00 / 01	2015	9,49	0,00
E 8 8 9						3848	00 / 01	2015	7,19	0,00
A 5 1 6						3848	00 / 01	2015	7,01	0,00

detrazione ,

TOTALE G 60,52 **H** 0,00 +/- **SALDO (G-H)** 60,52

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 + 11.417,83

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 6 0 2 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