

**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****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
-------------	--------------------	--	--	--------------------------	------------------------------

TOTALE	A	B
--------	---	---

**SALDO (A-B)**

codice ufficio	codice atto	codice tributo	rateazione/regione/prov./mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
----------------	-------------	----------------	------------------------------------	---------------------	--------------------------	------------------------------

TOTALE	A	B
--------	---	---

**SALDO (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)**

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
---------------------------	-------	----------------	------	-------	-----------------	----------------	----------------------	---------------------	--------------------------	------------------------------

TOTALE	G	H
--------	---	---

**SALDO (G-H)**

detrazione	,	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
------------	---	----------------	----------------------	---------------------	--------------------------	------------------------------

TOTALE	G	H
--------	---	---

**SALDO (I-L)**

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** + 384,73**ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)**

DATA	CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE	PA	Pagamento effettuato con assegno n.ro _____	bancario/postale
azienda	CAB/SPORTELLO	PA	circolare/vaglia postale	
giorno   mese   anno	08356	64880	tratto / emesso su _____	cod. ABI _____ CAB _____
1   6   0   2   2   0   1   6				