

**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
1713	12	2015	3,10	0,00

IMPOSTE DIRETTE - IVA**RITENUTE ALLA FONTE****ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI**

codice ufficio	codice atto	TOTALE	A	3,10	B	0,00	SALDO (A-B)	3,10
----------------	-------------	---------------	----------	------	----------	------	--------------------	------

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)
-------------	--------------------	--	---	--------------------------	------------------------------	--------------------

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	SALDO (E-F)
----------------	----------------	----------------------	---------------------	--------------------------	------------------------------	--------------------

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/codice comune	Rav. Immobi. variat. Acc. Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	SALDO (G-H)
---------------------------	------------------------------------	-----------------	----------------	----------------------	---------------------	--------------------------	------------------------------	--------------------

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	SALDO (I-L)
--------------	-------------	--------------	------	-----------------------	---------	--------------------------	------------------------------	--------------------

codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa	TOTALE	M	importi a debito versati	importi a credito compensati	SALDO (M-N)
-------------	-------------	--------------------	------------------	---	---------------	----------	--------------------------	------------------------------	--------------------

SALDO FINALE	EURO	2.979,94
---------------------	-------------	----------

ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILEARE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)			
DATA	CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE	Pagamento effettuato con assegno n.ro _____	bancario/postale
giorno mese anno	AZIENDA	tratto / emesso su _____	circolare/vaglia postale
1 6 0 2 2 0 1 6	08356	cod. ABI _____	CAB