

**MODELLO DI PAGAMENTO
UNIFICATO
CONTRIBUENTE**

 AGENZIA
PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

PROV.

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 Soc. Coop Agricola

data di nascita

sesso (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

giorno

mese

anno

comune

prov.

via e numero civico

DOMICILIO FISCALE

FONTANAFREDDA

PN

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				,	,	
RITENUTE ALLA FONTE				,	,	
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI				,	,	
codice ufficio	codice atto			,	,	+/-
			TOTALE	A	, B	, ,

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/ filiale azienda	da mm/aaaa	periodo di riferimento: a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
					,	,	
					,	,	
					,	,	
					,	,	
					,	,	+/-
			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	, ,	, ,	, ,	, ,

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI**IDENTIFICATIVO OPERAZIONE**

codice ente / codice comune	Immob. Raw.	Vantab. Acc.	Saldo immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
L700				3848	04	2015	19,79	,	
							,	,	
							,	,	
							,	,	+/-
detrazione	,			TOTALE	G	19,79H	, ,	, ,	19,79

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
INAIL					,	,	
					,	,	+/-
					,	,	
TOTALE	I	, L	, ,	, ,	, ,	, ,	, ,

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

FIRMA **SALDO FINALE** **EURO** + 19,79

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 circolare/vaglia postale
	AZIENDA	CAB/SPORTELLO		
giorno mese anno			n.ro _____	
1 6 0 5 2 0 1 6			tratto / emesso su _____	
				cod. ABI CAB

Autorizzo addebito su
conto corrente codice IBAN

IT

firma _____

1a COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE