

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE**CONTRIBUENTE**

CODICE FISCALE	0 0 0 0 7 1 8 0 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	
		1655	04	2016	,	330,46	
IMPOSTE DIRETTE - IVA		1001	04	2016	5.378,81	,	
RITENUTE ALLA FONTE					,	,	
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI					,	,	
					,	,	
					,	,	
codice ufficio	codice atto				,	,	+/- SALDO (A-B)
				TOTALE A	5.378,81 B	330,46 +	5.048,35

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/ filiale azienda	periodo di riferimento:		importi a debito versati	importi a credito compensati
			da	a		
9300	DM10	9300295860	04/2016		6.942,00	,
					,	,
					,	,
					,	,
						+/– SALDO (C–D)
TOTALE C					6.942,00 D	+

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
07	3802	04	2015	12759	,
21	3802	04	2015	14060	,
				,	,
				,	, +/- SALDO (E-F)
TOTALE E				26819 F	,
					+ 26819

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

codice ente / codice comune				Immob. variate	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati		importi a credito compensati		
A516								3848	04	2015	7,01		,		
E889								3848	04	2015	7,19		,		
I103								3848	04	2015	3683		,		
L195								3848	04	2015	949		,		
													+/=	SALDO (G-H)	
detrazione								TOTALE			G	6052	H	+	6052

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						,	,	
						,	,	
						,	,	
						,	,	
						,	,	
							+/=	SALDO (I-L)
				TOTALE	I	L		
						,	,	

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

FIRMA**SALDO FINALE**

EURO	+	12.319,06
------	---	-----------

ESTREMI DEL VERSAMENTO

(DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE	
			AZIENDA	CAB/SPORTELLO
giorno	mese	anno		
16	05	2016		

Pagamento effettuato con assegno

☐ bancario/postale

☐ circolare/vaglia postale

n.ro _____

tratto / emesso su _____

cod. ABI CAB

