

**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

DATI ANAGRAFICI

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

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 identificativo

SEZIONE ERARIO

	codice tributo	rateazione/regione/ prov./mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
IMPOSTE DIRETTE - IVA	1655	05	2016	,	356,00
RITENUTE ALLA FONTE	1001	05	2016	5.958,63	,
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI				,	,
codice ufficio	codice atto			,	,
			TOTALE A	5.958,63 B	356,00 + 5.602,63

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
9300	DMRP	9300295860	122015		,	23,52
9300	DM10	9300295860	052016		7.352,00	,
					,	,
					,	,
			TOTALE C	7.352,00 D	23,52 +	7.328,48

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
07	3802	05	2015	127,58	,
21	3802	05	2015	140,59	,
				,	,
			TOTALE E	268,17 F	, + 268,17

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente / codice comune	Immob. Raw.	Vantab.	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
A516						3848	05	2015	7,01	,
E889						3848	05	2015	7,19	,
I103						3848	05	2015	36,83	,
L195						3848	05	2015	9,49	,
detrazione						TOTALE G			60,52 H	,
										+ 60,52

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

EURO + 13.259,80

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

Autorizzo addebito su
conto corrente codice IBAN

IT

firma

