

**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
giorno | mese | anno

sesso (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

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	1631		2015	,	1.782,00
RITENUTE ALLA FONTE	1001	07	2016	9.915,90	,
ALTRI TRIBUTI ED INTERESI	1655	07	2016	,	449,63
codice ufficio	codice atto			,	,
			TOTALE A	9.915,90 B	2.231,63 + 7.684,27

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	09/2015	1	,	30,45
9300	DM10	9300295860	07/2016	1	11.193,00	,
			1	1	,	,
			1	1	,	,
			TOTALE C	11.193,00 D	30,45 +	11.162,55

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
07	3802	07	2015	127,58	,
21	3802	07	2015	140,59	,
1				,	,
			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	07	2015	7,01	,
E889						3848	07	2015	7,19	,
I103						3848	07	2015	36,83	,
L195						3848	07	2015	9,49	, +/- SALDO (G-H)
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	, L	, 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
				1	1	,	,
				1	1	,	,
				1	1	,	,
				1	1	,	,
			TOTALE M	N	, N	, N	, N

FIRMA

EURO + 19.175,51

ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE 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
2 2 0 8 2 0 1 6							

Autorizzo addebito su
conto corrente codice IBAN IT

firma

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

