

382

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

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 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
	1655	08	2016	,	38827
IMPOSTE DIRETTE - IVA	1001	08	2016	10.221,09	,
RITENUTE ALLA FONTE				,	,
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI				,	,
				,	,
codice ufficio	codice atto				+/- SALDO (A-B)
		TOTALE A		10.221,09 B	38827 + 9.832,82

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/filiale azienda	da	periodo di riferimento: mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati
9300	DM10	9300295860	08	2016	10.270,00	,
					,	,
					,	,
					,	,
						+/- SALDO (C-D)
			TOTALE C		10.270,00 D	, + 10.270,00

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
07	3802	08	2015	127,60	,
21	3802	08	2015	140,60	,
				,	,
					+/- SALDO (E-F)
		TOTALE E		268,20 F	, + 268,20

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente / codice comune	Raw.	Immob. variati	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
A516						3848	08	2015	7,01	,
E889						3848	08	2015	7,19	,
I103						3848	08	2015	36,83	,
L195						3848	08	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					,	,
					,	,
						+/- SALDO (I-L)
			TOTALE I		, L	, ,

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

FIRMA

SALDO FINALE

EURO + 20.431,54

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
		AZIENDA	CAB/SPORTELLLO	n.ro	☐ circolare/vaglia postale
giorno	mese	anno		tratto / emesso su	
1 6	0 9	2 0 1 6			
				cod. ABI	CAB

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN IT firma

