

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	<small>Barre in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare</small>
DATI ANAGRAFICI	COGNOME, denominazione o ragione sociale: 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: Via Brigata Osoppo, 174	
DOMICILIO FISCALE	FONTANAFREDDA PN	
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	,	388,27
IMPOSTE DIRETTE - IVA	1001	08	2016	8.187,97	,
RITENUTE ALLA FONTE				,	,
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI				,	,
				,	,
				,	,
codice ufficio	codice atto				+/-
					SALDO (A-B)
			TOTALE A	8.187,97 B	388,27 + 7.799,70

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/filiale azienda	da	periodo di riferimento: mm/aaaa	a	importi a debito versati	importi a credito compensati
9300	DM10	9300295860	08	2016		8.591,00	,
						,	,
						,	,
						,	,
						,	+/-
							SALDO (C-D)
						TOTALE C	8.591,00 D
							+ 8.591,00

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

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

FIRMA	SALDO FINALE
	EURO + 16.719,42

ESTREMI DEL VERSAMENTO

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

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno <input type="checkbox"/> bancario/postale <input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLLO	
1	6	09	2	01	6
n.ro _____ tratto / emesso su _____					cod. ABI _____ CAB _____

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN	IT	firma _____
--	----	-------------

