

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

 AGENZIA
 PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

PROV.

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 1	barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare
	cognome, denominazione o ragione sociale	nome
DATI ANAGRAFICI	ROSSI SPA	
	data di nascita giorno mese anno	Sesso (M o F) comune (o Stato estero) di nascita
	comune	prov. via e numero civico
DOMICILIO FISCALE	BOLZANO	B Z VIA NAZIONALE 1
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				,	,	
RITENUTE ALLA FONTE				,	,	
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI				,	,	
				,	,	
				,	,	
				,	,	
				,	,	
codice ufficio codice atto						+/- SALDO (A-B)
				0,00 B	0,00	0,00
			TOTALE A			0,00

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/filiale azienda	periodo di riferimento: da mm/aaaa	a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
					,	,	
					,	,	
					,	,	
					,	,	
					,	,	
					,	,	
					,	,	
							+/- SALDO (C-D)
					0,00 D	0,00	0,00
			TOTALE C				0,00

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
				,	,	
				,	,	
				,	,	
				,	,	
				,	,	
				,	,	
				,	,	
						+/- SALDO (E-F)
				0,00 F	0,00	0,00
			TOTALE E			0,00

SEZIONE ICI ED ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/codice comune	Inmob. Ranz. variabili	Acc. Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
							,	,	
							,	,	
							,	,	
							,	,	
							,	,	
							,	,	
							,	,	
									+/- SALDO (G-H)
							0,00 H	0,00	0,00
							TOTALE G		0,00

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

codice sede	posizione assicurativa numero	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
					,	,	
					,	,	
					,	,	
					,	,	
					,	,	
					,	,	
							+/- SALDO (I-L)
					0,00 L	0,00	0,00
							TOTALE I

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	
0 0 0 4	0147	COLL		7	2010 9 2010	4.556,00	,	
						,	,	
						,	,	
						,	,	
						,	,	
								+/- SALDO (M-N)
						4.556,00 N	0,00	4.556,00
								TOTALE M

FIRMA
SALDO FINALE

 EURO + **4.556,00**
ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)

DATA	CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE	<input type="checkbox"/> bancario/postale <input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale	
giorno mese anno	AZIENDA CAB/SPORTELLI	n.ro _____	
		tratto / emesso su _____	
		cod. ABI _____	CAB _____

Autorizzo addebito su

conto corrente bancario n° _____ cod. ABI _____ CAB _____ firma _____

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