

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PROV.

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

DATI ANAGRAFICI

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

CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare

codice identificativo _____

SEZIONE ERARIO

**IMPOSTE DIRETTE - IVA
RITENUTE ALLA FONTE
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI**

codice tributo	rateazione/ regione/ prov./ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
codice ufficio _____	codice atto _____			+/- SALDO (A-B)
TOTALE A			B	

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)	
TOTALE C				D	

SEZIONE REGIONI

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

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
									+/- SALDO (G-H)	
TOTALE G									H	

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E 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 mm/aaaa	periodo di riferimento: a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati
0 0 0 5	BZ	ODCL	0000000000XXX	01	2018 12 2018	190,00	
	BZ	BZ00	0000000000XXX	01	2018 12 2018	400,00	
TOTALE M						N	+ 590,00

FIRMA

SALDO FINALE

EURO + **590,00**

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
giorno _____	AZIENDA	CAB/SPORTELLLO	n.ro _____	<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
mese _____			tratto / emesso su _____	
anno _____			cod. ABI _____	CAB _____

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN

IT _____

firma _____

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA _____
 PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

PROV. _____

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

_____ barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

cognome, denominazione o ragione sociale nome

DATI ANAGRAFICI

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

CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare

_____ codice identificativo

SEZIONE ERARIO

IMPOSTE DIRETTE - IVA

RITENUTE ALLA FONTE

ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI

codice ufficio	codice atto	codice tributo	rateazione/ regione/ prov./ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	+/-	SALDO (A-B)
					,	,		
TOTALE A					B			

SEZIONE INPS

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

SEZIONE REGIONI

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

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	+/-	SALDO (G-H)
									,	,		
TOTALE G									H			

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E 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: a	importi a debito versati	importi a credito compensati	+/-	SALDO (M-N)
				mm/aaaa	mm/aaaa	,	,		
0 0 0 5	BZ	ODCL	0000000000XXX	01	2018 12 2018	190,00			
	BZ	BZ00	0000000000XXX	01	2018 12 2018	400,00			
TOTALE M						N	+		590,00

SALDO FINALE

EURO + 590,00

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

<p>DATA</p> <p>giorno _____ mese _____ anno _____</p>	<p>CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE</p> <p>AZIENDA _____ CAB/SPORTELLO _____</p>	<p>Pagamento effettuato con assegno <input type="checkbox"/> bancario/postale <input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale</p> <p>n.ro _____</p> <p>tratto / emesso su _____</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">cod. ABI _____ CAB _____</p>
--------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------