Agenzia Entrate

Mod. F24

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 2 2 4 0 4 7 0 6 0 5

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

DATI ANAGRAFICI

cognome, denominazione o ragione sociale: R.E.M. S.R.L.

nome:

data di nascita (giorno, mese, anno):

sesso (M o F):

comune (o Stato estero) di nascita:

prov.:

DOMICILIO FISCALE

comune: PATRICA

prov.: F R

via e numero civico: VIA FERRUCCIA 12/B

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	2001	0205	2008	1.476,00	0,00
RITENUTE ALLA FONTE	1668	0000	0000	7,38	0,00
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI					

codice ufficio

codice atto

TOTALE A 1.483,38 **B** 0,00 +/- **SALDO (A-B)** + 1.483,38

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

TOTALE C **D** +/- **SALDO (C-D)**

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
08	3812	0205	2008	1.744,55	0,00
08	3805	0000	0000	8,72	0,00

TOTALE E 1.753,27 **F** 0,00 +/- **SALDO (E-F)** + 1.753,27

SEZIONE ICI ED ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/codice comune	Ravv.	Immob. variati	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati

detrazione ICI abitazione principale

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

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

INAIL

codice sede	posizione assicurativa numero	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati

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

codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento: da mm/aaaa	a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati

TOTALE M **N** +/- **SALDO (M-N)**

FIRMA

SALDO FINALE

EURO + 3.236,65

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

DATA (giorno, mese, anno)	CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE – AZIENDA	CAB/SPORTELLO
20 08 2008	05040	14800

Pagamento presentato alla banca il 19/08/2008
Conto: 05040 14800 000001070419
Delega Inoltrata

PROMEMORIA DELLA TRANSAZIONE ELETTRONICA

MOD. F24 ICI – 2007 EURO