

DELEGA IRREVOCABILE A: INTESA SANPAOLO SPA

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA FROSINONE - VIA MARIT^{PROV.} FR
PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 2 2 4 0 4 7 0 6 0 5 | | | |
cognome, denominazione o ragione sociale

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

DATI ANAGRAFICI R.E.M. SRL

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 PATRICA

FR VIA FERRUCIA 16/A

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
	1668		2016	1,90	,
IMPOSTE DIRETTE - IVA	2003	02 04	2016	677,95	,
RITENUTE ALLA FONTE	1668		2017	6,33	,
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI	2001	02 04	2017	2.259,45	,
				,	,
codice ufficio	codice atto				+/-
					SALDO (A-B)
		TOTALE	A	2.945,63	B
					+
				2.945,63	

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/ filiale azienda	periodo di riferimento:		importi a debito versati	importi a credito compensati
			da	mm/aaaa a mm/aaaa		
					,	,
					,	,
					,	,
					,	,
						+/-
			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	3800	02 04	2016	1.563,98	,	
08	3805		2016	4,38	,	
08	3805		2017	272	,	
08	3812	02 04	2017	972,27	,	+/-
			TOTALE	E 2.543,35	F	SALDO (E-F)
					+	2.543,35

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

codice ente / codice comune	Ravv.	Immob. >>30.00	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
									,	,
									,	,
									,	,
									,	,
										+/- SALDO (G-H)
detrazione							TOTALE	G	H	

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)
						I _____ , L _____ ,		
				TOTALE				

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

FIRMA

SALDO FINALE

EURO	+	5.488,98
------	---	----------

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

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE	
			AZIENDA	CAB/SPORETELLO
giorno	mese	anno		
1	08	01	03069	14801

Pagamento effettuato con assegno
☐ bancario/postale
☐ circolare/vaglia postale

n.ro _____
tratto / emesso su _____

cod. ABI

CAB

Autorizzo addebito su
conto corrente codice IRAN

firma _____

Scadenza 18 Settembre 2017

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

Envio Entratel n. 1829/1