

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

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

giorno		mese		anno	

comune

sesto (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

DROY.

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 nif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
		1668		2016	4,14	,	
IMPOSTE DIRETTE - IVA		2003	03 04	2016	677,95	,	
RITENUTE ALLA FONTE		1668		2017	13,78	,	
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI		2001	03 04	2017	2.259,45	,	
					,	,	
codice ufficio	codice atto				,	,	+/- SALDO (A-B)
TOTALE				A	2.955,32	B	+ 2.955,32

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/ filiale azienda	periodo di riferimento:		importi a debito versati	importi a credito compensati
			da	a		
			mm/aaaa	mm/aaaa		
					,	,
					,	,
					,	,
					,	,
						+/- 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
018	3805		2017	593	,
018	3812	03 04	2017	972,27	,
				,	,
					+/- SALDO (E-F)
			TOTALE E	978,20 F	+ 978,20

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

codice ente / codice comune		Ravv.	immo- biliare catastale	Acc.	Cassa	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

SEZIONE RETRIBUTIVA REPERIBILE 1998 (L. 30.9.97 n. 286)						importi a debito versati		importi a credito compensati	
	codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale				
INAIL									
								+/=	SALDO (I-L)
				TOTALE	I		L		

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 | + | 3.933,52 |

ESTREMI DEL VERSAMENTO

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

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE	
			AZIENDA	CAB/SPORTELLLO
giorno	mese	anno		
1	6	2017	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 IBAN

IT 57P0306914801100000000799

firma

Scadenza 16 Ottobre 2017

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

Invio Entratel n. 1845/4