



DELEGA IRREVOCABILE A:

UNICREDIT SPA

**MODELLO DI PAGAMENTO
UNIFICATO**

AGENZIA

FROSINONE

PROV.

FR

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

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
cognome, denominazione o ragione sociale		nome
DATI ANAGRAFICI	R.E.M. S.R.L.	
data di nascita	giorno mese anno	Sesso (M o F)
comune (o Stato estero) di nascita		prov.
comune		prov. via e numero civico
DOMICILIO FISCALE	PATRICA	FR VIA FERRUCCIA 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
	1655	11	2018	,	1.101,77
IMPOSTE DIRETTE - IVA	1001	11	2018	7.410,90	,
RITENUTE ALLA FONTE	1712	12	2018	968,91	,
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI				,	,
				,	,
codice ufficio	codice atto			,	+/-
					SALDO (A-B)
			TOTALE A	8.379,81 B	1.101,77 + 7.278,04

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/ filiale azienda	da	periodo di riferimento: mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati
3300	DM10	3307824254	11	2018	13.488,00	,
					,	,
					,	,
					,	,
					,	+/-
						SALDO (C-D)
			TOTALE C	13.488,00 D	+	13.488,00

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
08	3802	11	2017	617,97	,	
				,	,	
				,	,	
				,	,	
				,	,	+/- SALDO (E-F)
TOTALE E				617,97 F	,	+ 617,97

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI**IDENTIFICATIVO OPERAZIONE**

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		
A421						3847	11	2018	835	,		
A421						3848	11	2017	1602	,		
D539						3847	11	2018	1010	,		
D539						3848	11	2017	1924	,	+/-	SALDO (G-H)
detrazione					,	TOTALE G			5371 ^H	,	+	5371

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

INAIL	codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati						
						,	,						
						,	,						
						,	,						
						,	,						
							+/-						
TOTALE					I	L							
						,	,						

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

FIRMA**SALDO FINALE**

EURO + 21.437,72

ESTREMI DEL VERSAMENTO

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

DATA		CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno ☐ bancario/postale	
				☐ circolare/vaglia postale	
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLLO	
1 7	1 2	2 0 1 8	02008	14809	
n.ro				tratto / emesso su	cod. ABI CAB

Autorizzo addebito su
conto corrente codice IBAN

IT 35R0200814809000400004369

firma

Scadenza 17 Dicembre 2018

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

Invio Entratel n. 2119/23

DELEGA IRREVOCABILE A:

UNICREDIT SPA

**MODELLO DI PAGAMENTO
UNIFICATO**

AGENZIA

FROSINONE

PROV.

FR

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

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	R.E.M. S.R.L.	nome
data di nascita	giorno mese anno	comune (o Stato estero) di nascita
comune	provv.	via e numero civico
DOMICILIO FISCALE	PATRICA	FR VIA FERRUCCIA 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
IMPOSTE DIRETTE - IVA				,	,
RITENUTE ALLA FONTE				,	,
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI				,	,
codice ufficio	codice atto			,	+/-
					SALDO (A-B)
		TOTALE A		B	

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/filiale azienda	da	periodo di riferimento: 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
D810						3847	11	2018	2820	,
D810						3848	11	2017	5469	,
I364						3847	11	2018	155	,
I364						3848	11	2017	328	+/-
										SALDO (G-H)
									87,72H	+
										87,72

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED 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: mm/aaaa	a	mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati
								,	,
								,	,
									+/-
									SALDO (M-N)
								TOTALE M	N

FIRMA

SALDO FINALE

EURO + | 87,72

ESTREMI DEL VERSAMENTO

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

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno ☐ bancario/postale ☐ circolare/vaglia postale
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLLO	
1 7	1 2	2 0 1 8	02008	14809	
					tratto / emesso su _____
					cod. ABI _____ CAB _____

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN **IT 35R0200814809000400004369**

firma _____

Scadenza 17 Dicembre 2018

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

Invio Entratel n. 2119/24

DELEGA IRREVOCABILE A:

UNICREDIT SPA

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA

FROSINONE

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. S.R.L.**

nome

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 FERRUCCIA 16/A

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

codice identificativo	nome	indirizzo	cap	città	prov.	telefono	fax	email	web
001	ASL ROMA 1	VIALE DELL'INDUSTRIA, 155	00158	ROMA	RM	06/499961	06/499962	ASLROMA1@ASLROMA1.IT	WWW.ASLROMA1.IT
002	ASL ROMA 2	VIALE DELL'INDUSTRIA, 155	00158	ROMA	RM	06/499961	06/499962	ASLROMA2@ASLROMA2.IT	WWW.ASLROMA2.IT
003	ASL ROMA 3	VIALE DELL'INDUSTRIA, 155	00158	ROMA	RM	06/499961	06/499962	ASLROMA3@ASLROMA3.IT	WWW.ASLROMA3.IT
004	ASL ROMA 4	VIALE DELL'INDUSTRIA, 155	00158	ROMA	RM	06/499961	06/499962	ASLROMA4@ASLROMA4.IT	WWW.ASLROMA4.IT
005	ASL ROMA 5	VIALE DELL'INDUSTRIA, 155	00158	ROMA	RM	06/499961	06/499962	ASLROMA5@ASLROMA5.IT	WWW.ASLROMA5.IT
006	ASL ROMA 6	VIALE DELL'INDUSTRIA, 155	00158	ROMA	RM	06/499961	06/499962	ASLROMA6@ASLROMA6.IT	WWW.ASLROMA6.IT
007	ASL ROMA 7	VIALE DELL'INDUSTRIA, 155	00158	ROMA	RM	06/499961	06/499962	ASLROMA7@ASLROMA7.IT	WWW.ASLROMA7.IT
008	ASL ROMA 8	VIALE DELL'INDUSTRIA, 155	00158	ROMA	RM	06/499961	06/499962	ASLROMA8@ASLROMA8.IT	WWW.ASLROMA8.IT
009	ASL ROMA 9	VIALE DELL'INDUSTRIA, 155	00158	ROMA	RM	06/499961	06/499962	ASLROMA9@ASLROMA9.IT	WWW.ASLROMA9.IT
010	ASL ROMA 10	VIALE DELL'INDUSTRIA, 155	00158	ROMA	RM	06/499961	06/499962	ASLROMA10@ASLROMA10.IT	WWW.ASLROMA10.IT
011	ASL ROMA 11	VIALE DELL'INDUSTRIA, 155	00158	ROMA	RM	06/499961	06/499962	ASLROMA11@ASLROMA11.IT	WWW.ASLROMA11.IT
012	ASL ROMA 12	VIALE DELL'INDUSTRIA, 155	00158	ROMA	RM	06/499961	06/499962	ASLROMA12@ASLROMA12.IT	WWW.ASLROMA12.IT
013	ASL ROMA 13	VIALE DELL'INDUSTRIA, 155	00158	ROMA	RM	06/499961	06/499962	ASLROMA13@ASLROMA13.IT	WWW.ASLROMA13.IT
014	ASL ROMA 14	VIALE DELL'INDUSTRIA, 155	00158	ROMA	RM	06/499961	06/499962	ASLROMA14@ASLROMA14.IT	WWW.ASLROMA14.IT
015	ASL ROMA 15	VIALE DELL'INDUSTRIA, 155	00158	ROMA	RM	06/499961	06/499962	ASLROMA15@ASLROMA15.IT	WWW.ASLROMA15.IT
016	ASL ROMA 16	VIALE DELL'INDUSTRIA, 155	00158	ROMA	RM	06/499961	06/499962	ASLROMA16@ASLROMA16.IT	WWW.ASLROMA16.IT
017	ASL ROMA 17	VIALE DELL'INDUSTRIA, 155	00158	ROMA	RM	06/499961	06/499962	ASLROMA17@ASLROMA17.IT	WWW.ASLROMA17.IT
018	ASL ROMA 18	VIALE DELL'INDUSTRIA, 155	00158	ROMA	RM	06/499961	06/499962	ASLROMA18@ASLROMA18.IT	WWW.ASLROMA18.IT
019	ASL ROMA 19	VIALE DELL'INDUSTRIA, 155	00158	ROMA	RM	06/499961	06/499962	ASLROMA19@ASLROMA19.IT	WWW.ASLROMA19.IT
020	ASL ROMA 20	VIALE DELL'INDUSTRIA, 155	00158	ROMA	RM	06/499961	06/499962	ASLROMA20@ASLROMA20.IT	WWW.ASLROMA20.IT
021	ASL ROMA 21	VIALE DELL'INDUSTRIA, 155	00158	ROMA	RM	06/499961	06/499962	ASLROMA21@ASLROMA21.IT	WWW.ASLROMA21.IT
022	ASL ROMA 22	VIALE DELL'INDUSTRIA, 155	00158	ROMA	RM	06/499961	06/499962	ASLROMA22@ASLROMA22.IT	WWW.ASLROMA22.IT
023	ASL ROMA 23	VIALE DELL'INDUSTRIA, 155	00158	ROMA	RM	06/499961	06/499962	ASLROMA23@ASLROMA23.IT	WWW.ASLROMA23.IT
024	ASL ROMA 24	VIALE DELL'INDUSTRIA, 155	00158	ROMA	RM	06/499961	06/499962	ASLROMA24@ASLROMA24.IT	WWW.ASLROMA24.IT
025	ASL ROMA 25	VIALE DELL'INDUSTRIA, 155	00158	ROMA	RM	06/499961	06/499962	ASLROMA25@ASLROMA25.IT	WWW.ASLROMA25.IT
026	ASL ROMA 26	VIALE DELL'INDUSTRIA, 155	00158	ROMA	RM	06/499961	06/499962	ASLROMA26@ASLROMA26.IT	WWW.ASLROMA26.IT
027	ASL ROMA 27	VIALE DELL'INDUSTRIA, 155	00158	ROMA	RM	06/499961	06/499962	ASLROMA27@ASLROMA27.IT	WWW.ASLROMA27.IT
028	ASL ROMA 28	VIALE DELL'INDUSTRIA, 155	00158	ROMA	RM	06/499961	06/499962	ASLROMA28@ASLROMA28.IT	WWW.ASLROMA28.IT
029	ASL ROMA 29	VIALE DELL'INDUSTRIA, 155	00158	ROMA	RM	06/499961	06/499962	ASLROMA29@ASLROMA29.IT	WWW.ASLROMA29.IT
030	ASL ROMA 30	VIALE DELL'INDUSTRIA, 155	00158	ROMA	RM	06/499961	06/499		

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)
						TOTALE	A	,		B	,		,

SEZIONE INPS

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

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente / codice comune	Rawv.	Immob. variate	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati		
L780						3847	11	2018	1071	,		
L780						3848	11	2017	2032	,		
									,	,		
									,	,		
											+/-	SALDO (G-H)
detrazione								TOTALE G	3103H	,	+	3103

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

	codice sede	codice ditta	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:		importi a debito versati	importi a credito compensati	
				da mm/aaaa	a mm/aaaa			
						,	,	
						,	,	+/- SALDO (M-N)
					TOTALE M	N	.	.

FIRMA

SALDO FINALE

EURO	+	31,03
------	---	-------

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

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE	
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORELLO
17	12	2018	02008	14809

Pagamento effettuato con assegno

n.ro _____

tratto / emesso su _____

☐ bancario/postale

☐ circolare/vaglia postale

cod. ABI
CAB

Autorizzo addebito su
conto corrente codice IBAN

IT 35R0200814809000400004369

firma _____

Scadenza 17 Dicembre 2018

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

Invio Entratel n. 2119/25

CONFORME AL DECRETO DIRETTORE AGENZIA DELLE ENTRATE 19/06/2013