

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. SRL	nome
data di nascita	giorno mese anno	Sesso (M o F)
comune	comune (o Stato estero) di nascita	prov.
DOMICILIO FISCALE	PATRICA	prov. via e numero civico
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	1040	10	2018	341,06	,
RITENUTE ALLA FONTE				,	,
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI				,	,
codice ufficio	codice atto				+/-
TOTALE A				341,06 B	+ 341,06

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
					,	,
					,	,
					,	,
					,	,
TOTALE C						+/- 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					+/- SALDO (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
									,	,
									,	,
									,	,
									,	,
TOTALE G										+/- SALDO (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
					,	,
					,	,
					,	,
TOTALE I						+/- SALDO (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
						,	,
						,	,
TOTALE M							+/- SALDO (M-N)

FIRMA	SALDO FINALE
	EURO + 341,06

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	
				n.ro		☐ circolare/vaglia postale	
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLO	tratto / emesso su		
1 6	1 1	2 0 1 8	02008	14809	cod. ABI CAB		

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN	IT 35R0200814809000400004369	firma
---	------------------------------	-------