Copia conforme invio

Mod. F24

Agenzia Entrate

1918

DELEGA IRREVOCABILE A: UNICREDIT SPA

AGENZIA FROSINONE PROV. FR

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 02240470605

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

DATI ANAGRAFICI

cognome, denominazione o ragione sociale: R.E.M. SRL

nome:

data di nascita (giorno, mese, anno):

sesso (M o F):

comune (o Stato estero) di nascita:

prov.:

DOMICILIO FISCALE

comune: PATRICA

prov.: FR

via e numero civico: 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
IMPOSTE DIRETTE - IVA	2501		2018	144,00	,
RITENUTE ALLA FONTE				,	,
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI				,	,
				,	,
				,	,

codice ufficio

codice atto

TOTALE A 144,00 B , +/– SALDO (A–B) + 144,00

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
					,	,
					,	,
					,	,
					,	,

+/– 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

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

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
									,	,
									,	,
									,	,
									,	,

+/– 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)

TOTALE 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
						,	,
						,	,

+/– SALDO (M–N)

TOTALE M , N , ,

FIRMA

SALDO FINALE

EURO + 144,00

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
30	04	2019	02008	14809

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 35R0200814809000400004369

firma

Scadenza 30 Aprile 2019

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

Invio Entratel n. 2212/5

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