Copia conforme invio

Mod. F24

Agenzia Entrate

1918

DELEGA IRREVOCABILE A: INTESA SANPAOLO SPA

AGENZIA FROSINONE - VIA MARIT 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.

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
IMPOSTE DIRETTE - IVA	1991		2019	0,41	,
	6001		2019	1.713,98	,
RITENUTE ALLA FONTE	8904		2019	18,85	,
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI				,	,
				,	,

codice ufficio — codice atto

TOTALE A: 1.733,24 B: , +/– SALDO (A–B): + 1.733,24

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 + 1.733,24

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
01 03 2019	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 01 Marzo 2019

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

Invio Entratel n. 2164/1

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