

DELEGA IRREVOCABILE A: UNICREDIT SPA

**MODELLO DI PAGAMENTO
UNIFICATO**AGENZIA **FROSINONE**
PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTEPROV. **FR****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	anno	provincia
comune	via e numero civico		
DOMICILIO FISCALE	PATRICA	F R	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	1701	0012	2023		101,98	
	1001	0012	2023	8.966,97		
	1701	0012	2023	134,78		
RITENUTE ALLA FONTE						
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
codice ufficio	codice atto					
TOTALE A				9.101,75	101,98	SALDO (A-B)
						8.999,77

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	
3300	DM10	3307824254	12 2023	12.734,00		
3300	EBMC	3307824254	12 2023	311,75		
TOTALE C				13.045,75		SALDO (C-D)
						13.045,75

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 E 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 mm/aaaa	periodo di riferimento: a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
TOTALE M								SALDO (M-N)

FIRMA**SALDO FINALE****EURO** + 22.045,52**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	02008	14809	tratto / emesso su						
1	6	0	1	2	0	2	4			cod. ABI	CAB

Autorizzo addebito su
conto corrente codice IBAN

I T 35 R 0200814809000400004369

firma