

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

sesso (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

giorno

mese

anno

comune

prov.

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	0011	2023		187,38
RITENUTE ALLA FONTE	1001	0011	2023	10.500,23	
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI	1012	0011	2023	1.577,75	
	1040	0011	2023	155,80	
	1630	0011	2022	0,62	
	1712	0012	2023	5.575,21	
codice ufficio	codice atto				+/- SALDO (A-B)
		TOTALE A		17.809,61 B	187,38 + 17.622,23

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	11 2023	16.875,00	
3300	EBMC	3307824254	11 2023	337,75	
					+/- SALDO (C-D)
		TOTALE C		17.212,75 D	+ 17.212,75

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
0 8	3790	0011	2022	0,26	
0 8	3802	0011	2022	945,98	
0 8	3802	0011	2023	644,92	
0 8	3803	0011	2022	22,00	
					+/- SALDO (E-F)
		TOTALE E		1.613,16 F	+ 1.613,16

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
D 8 1 0						3797		2022		10,00
A 4 2 1						3847	0011	2023	12,29	
A 4 2 1						3848	0011	2022	24,20	
D 5 3 9						3847	0011	2023	22,71	
detrazione									+/- SALDO (G-H)	
						TOTALE G			59,20 H	10,00 + 49,20

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

FIRMA**SALDO FINALE****EURO + 36.497,34****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/SPORTELLLO
1 8 1 2 2 0 2 3	02008 14809

Pagamento effettuato con assegno

☐ bancario/postale

n.ro

☐ circolare/vaglia postale

tratto / emesso su

cod. ABI

CAB

Autorizzo addebito su
conto corrente codice IBAN**IT35R0200814809000400004369**

firma

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

sesso (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

giorno

mese

anno

comune

prov.

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**IMPOSTE DIRETTE - IVA****RITENUTE ALLA FONTE****ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI**

codice tributo

rateazione/regione/
prov./ mese rif.anno di
riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

4731

0011

2022

52,40

6011

2023

8.544,14

codice ufficio

codice atto

TOTALE A8.596,54 **B**+/- **SALDO (A-B)**

8.596,54

SEZIONE INPS

codice sede

causale contributo

matricola INPS/codice INPS/
filiale azienda

da mm/aaaa

periodo di riferimento:
a mm/aaaa

importi a debito versati

importi a credito compensati

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 LOCALIcodice 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

D 5 3 9

3848

0011

2022

45,37

D 6 8 2

3847

0011

2023

6,18

D 6 8 2

3848

0011

2022

13,92

D 8 1 0

3795

0011

2022

0,12

detrazione

TOTALE G65,59 **H**+/- **SALDO (G-H)**

65,59

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

codice sede

codice ditta

c.c.

numero
di riferimento

causale

importi a debito versati

importi a credito compensati

INAIL**TOTALE I**, **L**+/- **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, **N**+/- **SALDO (M-N)**

, +

FIRMA**SALDO FINALE****EURO**

8.662,13

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

DATA

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

AZIENDA

CAB/SPORTELLO

giorno

mese

anno

02008

14809

1

8

1

2

2

0

2

3

Pagamento effettuato con assegno

☐ bancario/postale

n.ro

☐ circolare/vaglia postale

tratto / emesso su

cod. ABI

CAB

Autorizzo addebito su
conto corrente codice IBAN**IT35R0200814809000400004369**

firma

Mod. **F24**

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

sesso (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

giorno

mese

anno

comune

prov.

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**IMPOSTE DIRETTE - IVA****RITENUTE ALLA FONTE****ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI**

codice tributo

rateazione/regione/
prov./mese rif.anno di
riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

codice ufficio

codice atto

TOTALE A**SALDO (A-B)****SEZIONE INPS**

codice sede

causale contributo

matricola INPS/codice INPS/
filiale azienda

da mm/aaaa

periodo di riferimento:
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

D 8 1 0**3795****0011****2023****0,09****D 8 1 0****3845****0011****2023****7,60****D 8 1 0****3846****0011****2022****10,20****D 8 1 0****3847****0011****2023****29,83****TOTALE G****SALDO (G-H)****SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI**

codice regione

codice sede

codice ditta

c.c.

numero
di riferimento

causale

importi a debito versati

importi a credito compensati

INAIL**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****47,72****ESTREMI DEL VERSAMENTO**

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

DATA

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

AZIENDA

CAB/SPORTELLO

giorno

mese

anno

02008**14809****1 8****1 2****2 0****2 3**

Pagamento effettuato con assegno

☐ bancario/postale

n.ro

☐ circolare/vaglia postale

tratto / emesso su

cod. ABI

CAB

Autorizzo addebito su
conto corrente codice IBAN**IT35R0200814809000400004369**

firma

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

Mod. **F24**

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	provv.
comune	comune (o Stato estero) di nascita	prov.
DOMICILIO FISCALE	PATRICA	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	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
TOTALE 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

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	
G	7 4 9						3847	0011	2023	3,84		
G	7 4 9						3848	0011	2022	10,47		
H	3 2 4						3847	0011	2023	5,65		
H	3 2 4						3848	0011	2022	11,00		
TOTALE G										30,96		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	
INAIL								
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	
TOTALE M								N

FIRMA**SALDO FINALE****EURO** + 30,96**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/SPORTELLLO	tratto / emesso su	
1 8	1 2	2 0 2 3	02008	14809		
					cod. ABI	CAB

Autorizzo addebito su
conto corrente codice IBAN

I T 35 R 0200814809000400004369

firma

