

DELEGA IRREVOCABILE A: BANCA DI CREDITO POPOLARE - TORR
E DEL GRECO

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA 122
PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

PROV. N A

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 03592371219 | | |
cognome, denominazione o ragione sociale

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

DATI ANAGRAFICI

D.G.A. S.A.S. DI GRAZIOSO GIUSEPPE

data di nascita sesso (M o F) comune (o Stato estero) di nascita

giorno mese anno

comune prov. via e

prov.

DOMICILIO FISCALE GRAGNANO

N/A VIA CASTELLAMMARE N. 143

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
	1001	0008	2013	165,94	
IMPOSTE DIRETTE - IVA	1012	0008	2013	349,05	
RITENUTE ALLA FONTE					
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI					
codice ufficio	codice atto		TOTALE A	514,99B	+/-
					+
					514,99

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	materiale INPS/codice INPS/ filiale azienda	periodo di riferimento:		importi a debito versati	importi a credito compensati
			da mm/aaaa	a mm/aaaa		
5101	DM10	5119788917	08	2013	506,00	
			TOTALE	C	506,00p	+ SALDO (C-D) 506,00

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 LOCALI

[illegible]

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

SEZIONE A) RENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVE							
	codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati
INAIL							
TOTALE						L	+/- SALDO (I-L)

codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento:		importi a debito versati	importi a credito compensati
				da mm/yyyy	a mm/yyyy		
							+/- SALDO (M-N)
			TOTALE	M	N		

FIRMA	SALDO FINALE	EURO	1020,99
-------	--------------	------	---------

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 ☐ circolare/vaglia postale
			AZIENDA	CAB/SPORTELLLO	
giorno	mese	anno			n.ro _____
					tratto / emesso su _____
					cod. ABI _____ CAB _____

Autorizzo addebito su
conto corrente codice IBAN

|T|58|0|05|14|23|99|10|12|25|70|02|21|21|

firma _____

Copia per il soggetto che effettua il versamento