

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PROV.

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 3 7 7 2 5 9 0 9 8 4 | | | | | Barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

cognome, denominazione o ragione sociale _____ nome _____

DATI ANAGRAFICI PLAY UP-COOPERATIVA SOCIALE

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 BRESCIA BS VIALE ITALIA 26

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	1627		2019	,	1.011,88	
	1001	12	2019	837,75	,	
RITENUTE ALLA FONTE	1012	12	2019	39,08	,	
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI	1655	12	2019	,	1.246,91	
	1655	12	2019	936,26	,	
codice ufficio	codice atto					+/- SALDO (A-B)
			TOTALE A	1.813,09 B	2.258,79	- 445,70

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/filiale azienda	da	periodo di riferimento: mm/aaaa	a	mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
1500	CXX	25126BRESCIA		12	2019		445,00	,	
1500	DM10	1518560574		12	2019		4.379,00	,	
									+/- SALDO (C-D)
TOTALE C							4.824,00 D	, 	4.824,00

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati				
10	3802	12	2019	929,4	,				
10	3802	12	2018	1435	,				
									+/- SALDO (E-F)
TOTALE E							1072,9 F	, 	1072,9

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

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	
B394				3848	12	2019	27,76	,	
									+/- SALDO (G-H)
TOTALE G							27,76 H	, 	27,76

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

FIRMA _____ **SALDO FINALE** _____ EURO + | 4.513,35

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

DATA	CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno	<input type="checkbox"/> bancario/postale	
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLINO	<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
0 1 2 0 2 0					
			n.ro _____	tratto / emesso su _____	cod. ABI _____ CAB _____

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN | IT _____ firma _____

Scadenza 16 Gennaio 2020

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

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