

DELEGA IRREVOCABILE A: **BANCO DI NAPOLI**

**MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO**

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

**CONTRIBUENTE**

**CODICE FISCALE**

**0 7 5 5 2 9 9 0 7 2 8**

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

**DATI ANAGRAFICI**

**I FASANO SRL UNIPERSONALE**

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

prov.

**NOCI**

**B A**

comune

prov.

via e numero civico

**DOMICILIO FISCALE** **NOCI**

**B A**

**VIA ALCIDE DE GASPERI 58**

**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

**1040**

**0003**

**2021**

**1.040,00**

codice ufficio

codice atto

**TOTALE A**

**1.040,00 B**

**SALDO (A-B)**

**1.040,00**

**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 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**

**H**

**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

**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**

**1.040,00**

**ESTREMI DEL VERSAMENTO**

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

DATA

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

AZIENDA

CAB/SPORTELLO

Pagamento effettuato con assegno

☐ bancario/postale

n.ro

☐ circolare/vaglia postale

tratto / emesso su

cod. ABI

CAB

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN

**I T**

firma