

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

B N C N N A 3 0 E 6 0 E 2 8 5 A

cognome, denominazione o ragione sociale

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

DATI ANAGRAFICI

BIANCHI

nome

ANNA

data di nascita

2 0 0 5 1 9 3 0

giorno mese anno

F

sesto (M o F) comune (o Stato estero) di nascita

ILLORAI

prov.

S S

comune

prov.

via e numero civico

DOMICILIO FISCALE

ILLORAI

S S

Via Murighessa 11

CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare

R S S M R A 2 7 S 1 6 E 2 8 5 Y

codice identificativo

0 8

SEZIONE ERARIO

- 1530 IMPOSTA IPOTECARIA
- 1531 IMPOSTA CATASTALE
- 1532 TASSA IPOTECARIA
- 1533 IMPOSTA DI BOLLO
- 1538 TRIBUTI SPECIALI

codice tributo	rateazione/regione/prov./mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
1530		2017	1589,00		
1531		2017	894,00		
1532		2017	70,00		
1533		2017	170,00		
1538		2017	54,54		
			2777,54		*/- SALDO (A-B)
T W N			TOTALE A	B	2777,54

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	
						*/- SALDO (C-D)
TOTALE C				D		

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
						*/- SALDO (E-F)
TOTALE E				F		

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/codice comune	Ravv. Inmob. variabili	Acc. Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
									*/- SALDO (G-H)
TOTALE 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	
							*/- SALDO (I-L)
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	
							*/- SALDO (M-N)
TOTALE M					N		

FIRMA

SALDO FINALE

EURO + 2777,54

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/SPORTELLO	n.ro <input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale	
					tratto / emesso su _____ cod. ABI _____ CAB _____	

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN

firma _____