

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA
PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

PROV.

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

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

DATI ANAGRAFICI

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

prov.

comune

prov. via e numero civico

DOMICILIO FISCALE

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

codice identificativo

IMPOSTE DIRETTE - IVA

codice tributo	rateazione/regione/prov./mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
A A G G		2021	200,00	
TOTALE A			200,00	B
TOTALE A			200,00	B

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	SALDO (C-D)

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

codice anla/codice comune	simboli: Pavi, veneti, Act, Salda, numeri tributo	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
TOTALE G				H	SALDO (G-H)	

codice sede	codice dila	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati
TOTALE I				L	SALDO (I-L)	

codice enle	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	SALDO (M-N)	

FIRMA

EURO + **200,00**

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

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

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

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

DATI ANAGRAFICI

data di nascita

giorno mese anno

anno

sesto (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

comune

prov.

via e numero civico

DOMICILIO FISCALE

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

codice identificativo

codice tributo	rateazione/ragione/prov./ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
A A G G		2021	200,00		
IMPOSTE DIRETTE - IVA					
RITENUTE ALLA FONTE					
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI					
TOTALE A			200,00	B	SALDO (A-B)
					200,00

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		

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

codice ente/codice comune	inquadramento contributivo	numero di riferimento	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati		
TOTALE G								H	SALDO (G-H)

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 I							L	SALDO (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	SALDO (M-N)

EURO + 200,00

DATA		CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		PAGAMENTO EFFETTUATO CON ASSEGNO		<input type="checkbox"/> bancario/postale	
giorno	mesa	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLI	n.ro	<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale	
tratto / emesso su					cod. ABI	CAB	