

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A: **UNICREDIT SPA**

AGENZIA **ROMA 109**

PROV. **RM**

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

9 7 0 0 3 5 7 0 5 8 3

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

DATI ANAGRAFICI

COOPERATIVA CULTURALE LABORATO

nome

001 - SOCIETA' COOPERA

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 **ROMA**

R M

VIA DEI VOLSCI

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
9 0 0 1

rateazione/regione/prov./mese rif.
2011

importo a debito versati
272,58

importo a credito compensati

codice ufficio

codice atto

4 3 8 2 6 3 7 1 2 1 3

TOTALE A

272,58B

SALDO (A-B)

272,58

SEZIONE INPS

codice sede

causale contributo

matricola INPS/codice INPS/filiale azienda

da mm/aaaa

periodo di riferimento: a mm/aaaa

importo a debito versati

importo a credito compensati

SALDO (C-D)

TOTALE C

D

SEZIONE REGIONI

codice regione

codice tributo

rateazione/mese rif.

importo a debito versati

importo a credito compensati

SALDO (E-F)

TOTALE E

F

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/codice comune

Ravv.

Immob. variati

Acc.

Saldo

numero immobili

codice tributo

rateazione/mese rif.

importo a debito versati

importo 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

importo a debito versati

importo a credito compensati

SALDO (I-L)

TOTALE I

L

codice ente

codice sede

causale contributo

codice posizione

da mm/aaaa

periodo di riferimento: a mm/aaaa

importo a debito versati

importo a credito compensati

SALDO (M-N)

TOTALE M

N

SALDO FINALE

EURO +

272,58

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

giorno

mese

anno

2 0 1 4

0 2 0 0 8

0 5 1 6 6