

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA PROV.

	IL	TESORERIA COMPETEINT	PER L'ACCREDITO ALL		CONTRIBUENTE
di anno d'imposta e con anno solare	barrare in caso		0,2,6,3, , ,	5 1 2 2 4 6	
con anno solare	nome nome			ome, denominazione o ragione s	
	MARINELLI			RIO NPL S.R.L	DATI ANAGRAFICI SIF
prov.		stero) di nascita	sesso (M o F) comune (o Stato	li nascita no mese anno	data di giorna
	ivico	prov. via e numero civ			comune
	IVICO	piov. Vid e nomeio ch		ie	DOMICILIO FISCALE
				P	
dentificativo	codice i			ngato, erede, mentare	CODICE FISCALE del coobbli genitore, tutore o curatore fallim
			ti (i (SEZIONE ERARIO
	importi a credito compensati		prov./mese rif. anno di riferimento	codice tributo	
	,	400,00	2023	AAGG	IMPOSTE DIRETTE - IVA
	, , ,	,			RITENUTE ALLA FONTE
	,	•		SSI	ALTRI TRIBUTI ED INTERES
	,	,			
SALDO (A-B)	+/-	,			codice ufficio codice atto
400 ,00	, ,	400,00 _B	4 TOTALE A	5 5 3 1 4 7	0 8 8 5
			poriodo di riforimento.	la IN IDC /aadiaa IN IDC /	SEZIONE INPS
	importi a credito compensati	importi a debito versati	periodo di riferimento: 1 mm/aaaa a mm/aaaa	ola INPS/codice INPS/ filiale azienda	codice causale matricol sede contributo
	•	• •			
	•	, , , ,			
SALDO (C-D)	,	•			
• 1		, D	TOTALE C		
,	,	,	/		SEZIONE REGIONI
	importi a credito compensati	importi a debito versati	rateazione/ anno di mese rif. riferimento	codice tributo	codice regione
	•	,			
	•	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •			
SALDO (E-F)	• +/-	<u> </u>			
	,	, F	TOTALE E		
	,	, ,	IDENTIFICATIVO OPERAZIONE	RIBUTI LOCALI	SEZIONE IMU E ALTRI TI
	importi a credito compensati	importi a debito versati	rateazione/ anno di mese rif. riferimento	numero immobili codice tributo	codice ente/ codice comune Ravv. variati Acc. Saldo in
					
	•	,		_	
SALDO (G-H)	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	• —			
	,	, , _L	TOTALE G		detrazione
,	,	, , н		REVIDENZIALI E ASS	SEZIONE ALTRI ENTI PR
	importi a credito compensati	importi a debito versati	numero di riferimento causale		codice sede
	•	•			
	<u>, , , , , , , , , , , , , , , , , , , </u>				INAIL
SALDO (I-L)	*/-	, ,			
•	importi a credito compensati	importi a debito versati	TOTALE I		codice ente codice sede contributo
	importi a creatto compensati	importi a debito versati	periodo di riferimento: 1 mm/aaaa a mm/aaaa	o codice posizione	codice ente codice sede contributo
SALDO (M-N)	• ±/-	,			
, ,	, , ,	N	TOTALE M		
	,	SALDO FINALE			FIRMA
400,00	EURO +				
		DELLA RISCOSSIONE)			ESTREMI DEL VERSAMEN
ncario/postale colare/vaglia postale		Pagamento effettuato con			DATA
oiule/ vagila postale	CIF	n.ro	CAD/ 31 OKTELLO	AZILINDA	giorno mese anno
CAB	cod. ABI	tratto / emesso su			
:olare/	n assegno ba	Pagamento effettuato con	URA DI BANCA/POSTE/AGENTI 'AGENTE DELLA RISCOSSIONE CAB/SPORTELLO		giorno mese anno



MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE							
CODICE FISCALE	0 5 1	2 2 4 6 0	2 6 3			barrare ir non coir	caso di anno d'imposta ncidente con anno solare
	cognome, der	nominazione o ragione soc				nome	
DATI ANAGRAFICI		NPL S.R.L.	#4 D	1 6	. A de se	MARINELLI	
	data di nascito	mese anno	sesso (VI o F)	comune (o Stato e	steroj di nascita		prov.
	comune				prov. via e numero	civico	
DOMICILIO FISCALE							
CODICE FISCALE del	coobbligato,	erede,					
genitore, tutore o curator	re fallimentar	e				СО	dice identificativo
SEZIONE ERARIO		codice tributo	eazione/regione/	anno di	importi a debito versati	importi a credito compensat	
		A A G G	orov./mese rif.	riferimento 2023	400 .00	importi a creatto compensat	
IMPOSTE DIRETTE -	IVA	7.7.00		2025	100,00	,	
RITENUTE ALLA FON					, L	, .	
ALTRI TRIBUTI ED IN	ITERESSI				,	,	1
le ffeet le m					• —	,	+/- SALDO (A-B)
codice ufficio codice atto		5 3 1 4 7	4 тс	TALE A	400 00	,	400,00
SEZIONE INPS	0 5 5	3 3 1 1 7		TALL A	, . , . , . ,	,	, , , , , , ,
codice causale sede contributo	matricola INPS filiale	/codice INPS/ azienda da	periodo di ri mm/aaaa	ferimento: a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensat	
							J
				-		<u>, , , , , , , , , , , , , , , , , , , </u>	J
					<u>,</u>	, .	+/- SALDO (C-D)
			тс	TALE C	, , ,	2	
SEZIONE REGIONI			, ,		,	, '	,
codice regione		codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensat	
					<u>,</u>	, L	J
					<u>,</u>	, -	
					•	, ,	+/- SALDO (E-F)
			тс	TALE E	, , , i	, ,	, ,
E /	TRI TRIBU	TI LOCALI	IDENTIFICATIVO rateazione/	O OPERAZIONE anno di			
codice ente/ codice comune Ravv. variati Acc	:. Saldo immobili	codice tributo	mese rif.	riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensat	
	HH				•	, ,	
					,	,	
					, ,	, ,	+/- SALDO (G-H)
detrazione	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	TALLE ACCU		TALE G	, , , l	н , ,	, ,
SEZIONE ALTRI EN	dice sede		numero di riferimer	causale	importi a debito versati	importi a credito compensat	
COC	lice sede	codice ditta c.c.	di riterimer	nto edusare	Imponi a debilo versali	importi a creatio compensati	
INAIL					•	,	
					<u>, , , , , , , , , , , , , , , , , , , </u>	, ,	+/- SALDO (I-L)
le e le l	causale contributo	le e e		TALE I	<u>, , , , , , , , , , , , , , , , , , , </u>	L , , ,	, ,
codice ente codice sede c	contributo	codice posizione da	periodo di ri mm/aaaa	a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensat	
					,	, ,	+/- SALDO (M-N)
			тс	TALE M	, ,	,	
					SALDO FINÁLE		
						EURO	400,00
ESTREMI DEL VERS	AMENTO	(DA COMPILARE A CH	DA DI BANCA	/POSTE/ACENTE	DELLA PISCOSSIGNE		
		DDICE BANCA/POSTE/A			Pagamento effettuato co	on asseance	bancario/postale
DATA		AZIENDA		SPORTELLO	n.ro	on assegno	circolare/vaglia postale
giorno mese c	anno				tratto / emesso su		
24 - 2						cod. ABI	CAB
DAIA giorno mese c							



MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE							
CODICE FISCALE 0 5 1							
cognome, den	nome						
DATI ANAGRAFICI SIRIO NPL S.R.L. MARINELLI							
data di nascita giomo m	sesso (M o F)	comune (o Stato e	stero) di nascita		prov.		
comune			prov. via e numero civi	ico			
DOMICILIO FISCALE							
CODICE FISCALE del coobbligato, e	arada						
genitore, tutore o curatore fallimentare	e			codic	e identificativo		
SEZIONE ERARIO	rateazione/regione	/ anno di					
	codice tributo prov./mese rif.	riferimento 2023	importi a debito versati ir 400 00	mporti a credito compensati			
IMPOSTE DIRETTE - IVA	A A G G	2025		•			
RITENUTE ALLA FONTE			, ,	•			
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI			,	,			
				• • •	SALDO (A.D)		
codice ufficio codice atto	F . 2 . 1 . 4 . 7 . 4		400,00-	• +/-	SALDO (A-B) 400 00		
SEZIONE INPS	5 3 1 4 7 4 T C	OTALE A	400 ,00 _B	,	400,00		
codice causale matricola INPS/ sede contributo filiale a	/codice INPS/ periodo di zienda da mm/aaaa	riferimento: a mm/aaaa	importi a debito versati i	mporti a credito compensati			
Social Commons of the	Zionad da miny adda	d miny dada					
			, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	, , ,			
			,	, ,,,	SALDO (C.D)		
	T.	OTALE C	, ,	9 +/-	SALDO (C-D)		
SEZIONE REGIONI	, and the second	JIALE C	, D	,	,		
codice regione	codice tributo rateazione/	anno di riferimento	importi a debito versati i	mporti a credito compensati			
							
				,			
		_	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	9 L-1+/-	SALDO (E-F)		
	To	OTALE E	, .F	• "	SALDO (LI)		
SEZIONE IMU E ALTRI TRIBU		O OPERAZIONE	, ,	, ,	, ,		
codice ente/ codice comune Ravv. variati Acc. Saldo immobili	codice tributo rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati i	mporti a credito compensati			
			,	• •			
		_	,	•			
			•	•	SALDO (G-H)		
detrazione	TO	OTALE G	, н	,			
SEZIONE ALTRI ENTI PREVID			,	,	,		
codice sede	codice ditta c.c. di riferime	ento causale	importi a debito versati i	mporti a credito compensati			
INAIL			,	•			
			•	•	SALDO (I-L)		
	TC	OTALE I	, L	,			
codice ente codice sede contributo	codice posizione da mm/aaaa	riferimento: a mm/aaaa	importi a debito versati i	mporti a credito compensati	Í		
			, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	• • •	CALDO (MANI)		
			, <u>, , , , , , , , , , , , , , , , , , </u>	, +/-	SALDO (M-N)		
	TO	OTALE M	SALDO FINALE	,	,		
				EURO +	400 ,00		
ESTREMI DEL VERSAMENTO	(DA COMPILARE A CURA DI BANCA	A/POSTE/AGENTE I	DELLA RISCOSSIONE)				
	DICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA		Pagamento effettuato con	assegno	oancario/postale		
	AZIENDA CAB,	/SPORTELLO	n.ro		circolare/vaglia postale		
giorno mese anno			tratto / emesso su	LADI	CAR		
				cod. ABI	CAB		