

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA PROV.

ONTICALO			PER L'A	CCREDITO ALLA	TESORERIA COMPETEN	JTE	
CONTRIBUENTE						· · <u>-</u>	
CODICE FISCALE	0 4 6 6 2 7 2 0 2 6 9					barrare in a	caso di anno d'imposta idente con anno solare
DATI ANAGRAFICI	cognome, denominazione o ragione sociale TIBERIUS SPV SRL				SCIVOLETTO		
DAII ANAGRAFICI	data di nascita			comune (o Stato e	stero) di nascita	SCIVOLLITO	prov.
	giorno n	nese anno					
	comune				prov. via e numero d	civico	
DOMICILIO FISCALE							
codice fiscale del de genitore, tutore o curator	coobbligato, e e fallimentare	erede, e	1 1 1	1 1 1 1	1 1 1 1 1 1	cod	ice identificativo
SEZIONE ERARIO				/			
		codice tributo	teazione/regione prov./mese rif.	anno di riferimento 2023	importi a debito versati	importi a credito compensati	
IMPOSTE DIRETTE -	IVA	AAGG		2023	200,00	• 📙	
RITENUTE ALLA FON	ITE				, ,	, ,	
ALTRI TRIBUTI ED IN	TERESSI				<u>, , , , , , , , , , , , , , , , , , , </u>	, ,	
le ffee le u						,	/- SALDO (A-B)
codice ufficio codice atto	3 5 0	1 3 2 4 7	1 т	OTALE A	200 00	•	200,00
SEZIONE INPS					_ , , , , ,	, , ,	
codice causale sede contributo	matricola INPS, filiale c	/codice INPS/ zienda da	periodo di mm/aaaa	riferimento: a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
					<u> </u>		
						———	
					•	•	/- SALDO (C-D)
			TC	OTALE C	, , _, ,	, ,	, ,
SEZIONE REGIONI codice		le color	rateazione/	anno di	e e lla e	e e la e	
regione		codice tributo	mese rif.	riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
					,	•	
					,	, ,	
			_		, , ,	, ,	/- SALDO (E-F)
SEZIONE IMU E AL	TRI TRIBU	TI LOCALI		OTALE E	,,, F	, ,	<u>, , , , , , , , , , , , , , , , , , , </u>
codice ente/ codice comune Ravv. variati Acc.		codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
					,		
					,		
					• •	• 1	/- SALDO (G-H)
detrazione			TO	OTALE G	,	, ,	
SEZIONE ALTRI EN	TI PREVID	ENZIALI E ASSI	CURATIVI		, , ,	- , , , ,	,
cod	ice sede	codice ditta c.c.	numero di riferime	ento causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
INAIL					• •	• •	
					,	•	/- SALDO (I-L)
		100		OTALE I	, ,		,
codice ente codice sede	causale ontributo	codice posizione da	periodo di mm/aaaa	riferimento: a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	Í
					,		/- SALDO (M-N)
			T	OTALE M	, ,	,	SALDO (M-IV)
FIRMA			· ·	JIALL M	SALDO FINALE	, , ,	,
						EURO	200,00
ESTREMI DEL VERSA	AMENIO-	/DA COMPILARE A-SI	IDA DI BANGI	/POSTE/ACENTE	DELLA RISCOSSIONE		
		DDICE BANCA/POSTE/			Pagamento effettuato co	on assegno	bancario/postale
DATA		AZIENDA		/SPORTELLO	n.ro	35509110	circolare/vaglia postale
giorno mese a	inno				tratto / emesso su		
						cod. ABI	САВ
giorno mese o a Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN	[1 ₁ T]		Lini		firma		



MOD. F24 - 2013 EURO

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE			TENETRO	SCINEDITO TIEB	TESORERIA COMI ETEINI		
CODICE FISCALE	Santa and the sa	6 2 7 2 6	barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare nome				
DATI ANAGRAFICI	TIBERI	US SPV SF	RL	SCIVOLETTO			
	data di nascita sesso (M o F) comune (o Stato estero) di nascita prov.						
	comune				prov. via e numero ci	vico	
DOMICILIO FISCALE							
CODICE FISCALE del genitore, tutore o curator SEZIONE ERARIO	coobbligato, e e fallimentare	rede,				codic	re identificativo
SEZIONE ERARIO		codice tributo	ateazione/regione/ prov./mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
		AAGG		2023	200,00	<u> </u>	
IMPOSTE DIRETTE – RITENUTE ALLA FON							
ALTRI TRIBUTI ED IN					• 1	• 📗	
					, , ,	,	
codice ufficio codice atto	2 5 0	2 2 4 7			200,00	• +/-	SALDO (A-B)
SEZIONE INPS	3 5 0 1	1 3 2 4 7	1 то	TALE A	200 ,00 _B	, ,	200,00
	matricola INPS/ filiale az	codice INPS/	periodo di ril a mm/aaaa	ferimento: a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
					, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	, , ,	
					, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	,	
						, +/·	SALDO (C-D)
			то	TALE C	, D	•	,,,
SEZIONE REGIONI codice			rateazione/	anno di	,	,	,
regione		codice tributo	mese rif.	riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
					, <u>, , , , , , , , , , , , , , , , , , </u>	•	
					, ,	•	
					•	, ,	SALDO (E-F)
SEZIONE IMU E AL	TDI TDIRLI	LLOCALL		OTALE E	, F	9 1	<u>, , , , , , , , , , , , , , , , , , , </u>
codice ente/ codice comune Ravv. variati Acc	numero	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
					, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	•	
						•	
					, ,	•	SALDO (G-H)
detrazione			то	TALE G	, н	,	,,
SEZIONE ALTRI EN			ICURATIVI		•	ŕ	,
cod	ice sede	codice ditta c.c.	nymero di riferimen	_{ito} causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
INAIL						•	
					, ,	, , ,	SALDO (I-L)
	causale ontributo			TALE I	, , L	, ,	, ,
codice ente codice sede c	ontributo	codice posizione d	periodo di ril a mm/aaaa (a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
					•	9 +/·	SALDO (M-N)
			то	TALE M	, , N	, 1 1	, ,
					SALDO FINÁLE	EURO +	200,00
ESTREMI DEL VERSA	AMENTO	(DA COMPILARE A C	URA DI <u>BANÇA</u>	/POSTE/ <u>AGENTE</u>	DELLA RISCOSSIONE)		
DATA		DICE BANCA/POSTE,	/agente della	RISCOSSIONE	Pagamento effettuato con	assegno	bancario/postale
	Inno	AZIENDA	CAB/S	SPORTELLO	n.ro		circolare/vaglia postale
giorno mese c	inno				tratto / emesso su		CAB
						COG. 7 (D)	C, ID



MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA PROV.

CONTRIBUENTE			FER LAC	CKEDITO ALLA	TESORERIA COMPETEINI	IL		
CODICE FISCALE	0 4 6	6.2.7.2.0) 2 6 0	1 1 1 1		barrare in a	caso di anno d'imposta	
CODICE FISCALE	0 4 6 6 2 7 2 0 2 6 9					non coincidente con anno s'olare		
DATI ANAGRAFICI		IUS SPV SR				SCIVOLETTO		
	data di nascita			comune (o Stato es	stero) di nascita	SCIVOLLITO	prov.	
		nese anno	, , ,		,			
	comune				prov. via e numero civ	vico		
DOMICILIO FISCALE								
	1116							
codice fiscale del c genitore, tutore o curatore	:oobbligato, (e fallimentar	erede, e	1 1 1	1 1 1 1		codi	ce identificativo	
SEZIONE ERARIO								
		codice tributo	ateazione/regione/ prov./mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati		
		AAGG	p. 5.1,	2023	200,00	- 1 1		
IMPOSTE DIRETTE - I	VA				, , ,	,		
RITENUTE ALLA FON	TE				, ,	,		
ALTRI TRIBUTI ED IN	TERESSI				•	•		
					• 1	,		
codice ufficio codice atto							/- SALDO (A-B)	
0 8 3	3 5 0	1 3 2 4 7	1 то	TALE A	200 OB	•	200 ,00	
SEZIONE INPS					,			
codice causale sede contributo	matricola INPS filiale c	/codice INPS/ azienda do	periodo di ri mm/aaaa	ferimento: a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati		
						• 1		
					•	•		
					•	•		
					•	•	/- SALDO (C-D)	
			TO	TALE C	, , D	,	,	
SEZIONE REGIONI								
codice regione		codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati		
					•	,		
					•	, i		
					•	•		
					•	•	/- SALDO (E-F)	
			TO	TALE E	, , F	, i	<u>, , , , , , , , , , , , , , , , , , , </u>	
SEZIONE IMU E ALT	TRI TRIBU	TI LOCALI		O OPERAZIONE				
codice ente/ codice comune Raw. Immob. Raw. variati Acc.	Saldo immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati		
					, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	,		
					, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	,		
						,		
					,	,	/- SALDO (G-H)	
detrazione	,			TALE G	, _⊢ H	,	, ,	
SEZIONE ALTRI ENT								
codi	ice sede	codice ditta c.c.	numero di riferimer	nto causale	importi a debito versati	importi a credito compensati		
						,		
INAIL						• —		
					, ,	•	/- SALDO (I-L)	
	causale			TALE I	,L	,	,	
codice ente codice sede	causale ontributo	codice posizione do	periodo di ri a mm/aaaa	a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati		
					, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	,	CALDO (MAN)	
					, ,	,	/- SALDO (M-N)	
			TO	TALE M	, N	, 1 1	,	
					SALDO FINALE	FUDO	200.00	
						EURO	200,00	
ESTREMI DEL VERSA	AMENTO	(DA COMPILARE A C	URA DI BANCA	/POSTE/AGENTE	DELLA RISCOSSIONE)			
DATA	CC	DDICE BANCA/POSTE/			Pagamento effettuato con	n assegno	bancario/postale	
		AZIENDA	CAB/S	SPORTELLO	n.ro		circolare/vaglia postale	
giorno mese ar	nno				tratto / emesso su			
+77						cod. ABI	САВ	
DAIA giorno mese a								