

## MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE			TERETR	CONLIDITO TIED	TEOURENIA CONTETEN		
CODICE FISCALE	0   4   6   6   2   7   2   0   2   6   9						aso di anno d'imposta idente con anno solare
DATI ANAGRAFICI  TIBERIUS SPV SRL				LANZO ANTONIO			
	data di nascita	nese anno	sesso (M o F)	comune (o Stato e	stero) di nascita		prov.
	comune				prov. via e numero c	civico	
DOMICILIO FISCALE							
genitore, tutore o curator	:oobbligato, e e fallimentare	rede,				codi	ce identificativo
SEZIONE ERARIO		rati	eazione/regione/ prov./mese rif.	gnno di	to a cast or delete a const	a de la de	
		A A G G	prov./mese rit.	riferimento 2021	importi a debito versati 400 <b>,</b> 00	importi a credito compensati	
IMPOSTE DIRETTE - I					•	•	
ALTRI TRIBUTI ED IN						, , ,	
codice ufficio codice atto					<b>,</b>	,	/- SALDO (A-B)
	9   9   7   3	1   9   2   4   7	6 то	TALE A	400 00 <sub>B</sub>	, , ,	400,00
SEZIONE INPS codice causale	matricola INPS/ filiale a	codice INPS/	periodo di ri mm/aaaa	ferimento:	importi a debito versati		
sede contributo	filiale a	zienda da	mm/aaaa	a mm/aaaa	importi a debito versali	importi a credito compensati	
					<b>,</b>	<b>,</b>	
					•	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	- SALDO (C-D)
SEZIONE REGIONI			то	TALE C	, , , , ,	, ,	<u> </u>
codice regione		codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
		<u> </u>			<b></b>	<b>,</b>	
					• · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	•	
			TO	TALE E	, , , ,	,	/- SALDO (E-F)
SEZIONE IMU E AL	TRI TRIBU	TI LOCALI	IDENTIFICATIVO	O OPERAZIONE	, , ,	, ,	,
codice ente/ codice comune Ravv. 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		codice ditta c.c.	numero di riferimer	<sub>sto</sub> causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
		codice dilid c.c.	di filelifiler		, L	, L	
INAIL					• •	• •	/- SALDO (I-L)
	ausalo.			TALE I	, , L	, ,	, ,
codice ente codice sede co	causale ontributo	codice posizione da	periodo di ri mm/aaaa	terimento: a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
					,	,	/- SALDO (M-N)
FIRMA			TO	TALE M	SALDO FINALE	,	,
					JAEDO TITALL	EURO +	400,0
ESTREMI DEL VERSA	AMENTO	(DA COMPILARE A CU	IRA DI BANCA	/POSTE/AGENTE	DELLA RISCOSSIONE)		
DATA		DICE BANCA/POSTE/A	AGENTE DELLA	RISCOSSIONE	Pagamento effettuato co	n assegno	bancario/postale
giorno mese a	nno	AZIENDA	CAB/S	DF OKTELLO	n.ro tratto / emesso su		circolare/vaglia postale
					, 6116330 30	cod. ABI	САВ
	nno		AGENTE DELLA CAB/S	RISCOSSIONE SPORTELLO	Pagamento effettuato co	on assegno	bancario/postale circolare/vaglia p



## MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA PROV.

		PER L'ACCREDITO ALL	A TESORERIA COMPETEN	ITE		
CONTRIBUENTE						
CODICE FISCALE	$0 \mid 4 \mid 6 \mid 6 \mid 2 \mid 7 \mid 2 \mid$ cognome, denominazione o ragione			barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare		
DATI ANAGRAFICI	TIBERIUS SPV S			LANZO ANTONIO		
	data di nascita	sesso (M o F) comune (o Stato	estero) di nascita		prov.	
	giorno mese anno					
	comune		prov. via e numero c	ivico		
DOMICILIO FISCALE						
CODICE FISCALE del genitore, tutore o curator	coobbligato, erede,			codice	e identificativo	
SEZIONE ERARIO	e railimentare			Codice	deninicalivo	
	codice tributo	rateazione/regione/ anno di prov./mese rif. riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati		
	AAGG	2021	400,00			
IMPOSTE DIRETTE -			<u> </u>	<b>,</b> , , ,		
RITENUTE ALLA FON ALTRI TRIBUTI ED IN				<b></b>		
ALIKI IKIBUTI ED IN	IERESSI		<b>,</b>	<b>,</b> , , ,		
codice ufficio codice atto			•	9 +/-	SALDO (A-B)	
	9   9   7   1   9   2   4   7	6 TOTALE A	400,00 <sub>B</sub>		400,00	
SEZIONE INPS			, ,	,	,	
codice causale sede contributo	matricola INPS/codice INPS/ filiale azienda	da mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati		
			<b>,</b>	<b>,</b> , , ,		
			•	•		
			•	• +/-	SALDO (C-D)	
		TOTALE C	, D	, , ,	, ,	
<b>SEZIONE REGIONI</b>			, , , –	, , ,	, ,	
codice regione	codice tributo	rateazione/ anno di mese rif. riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati		
			• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	•		
			•——•	•		
			•	• +/-	SALDO (E-F)	
		TOTALE E	, F	, ,		
SEZIONE IMU E AL	TRI TRIBUTI LOCALI	IDENTIFICATIVO OPERAZIONE				
codice ente/ codice comune Ravv. Variati Acc	Saldo immobili codice tributo	rateazione/ anno di mese rif. riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati		
			<b>,</b>			
			•——•	•		
			•	• +/-	SALDO (G-H)	
detrazione		TOTALE G	, н		, . , .	
SEZIONE ALTRI EN	TI PREVIDENZIALI E AS		,	,	,	
cod	ice sede codice ditta c.	numero c. di riferimento causale	importi a debito versati	importi a credito compensati		
INAIL			• —	•		
			•——	•	SALDO (I-L)	
		TOTALE I		, ,	- 1	
codice ente codice sede c	causale ontributo codice posizione	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	,	
				<b>,</b> , , ,		
			, , ,	• +/-	SALDO (M-N)	
		TOTALE M	SALDO FINALE	,	, .	
			SALDO FINALE	EURO +	400,00	
				20110	,oo	
ESTREMI DEL VERS	AMENTO (DA COMPILARE A	CURA DI BANCA/POSTE/AGENTI	DELLA RISCOSSIONE)			
DATA	CODICE BANCA/POST	E/AGENTE DELLA RISCOSSIONE	Pagamento effettuato co	ii assegiio	oancario/postale	
	AZIENDA	CAB/SPORTELLO	n.ro		circolare/vaglia postale	
giorno mese c			tratto / emesso su	1.489	CAR	
				cod. ABI	CAB	



## MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA PROV.
PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE						
codice fiscale 0   4   6	ICE FISCALE 0   4   6   6   2   7   2   0   2   6   9					
cognome, dend	nome					
DATI ANAGRAFICI TIBERIUS SPV SRL LANZO ANTONIO						
data di nascita giomo me		comune (o Stato es	stero) di nascita		prov.	
comune			prov. via e numero civio	co		
DOMICILIO FISCALE						
CODICE FISCALE del coobbligato, el	rede					
genitore, tutore o curatore fallimentare				codic	e identificativo	
SEZIONE ERARIO	rateazione/regione/	/ anno di				
	codice tributo prov./mese rif.	riferimento 2021	importi a debito versati im	nporti a credito compensati		
IMPOSTE DIRETTE - IVA	AAGG	2021	400,00	•		
RITENUTE ALLA FONTE			•	•		
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI			, , ,	,		
				• •	541D0 (4 D)	
codice ufficio codice atto	0.2.4.7.6		400,00-	, +/-	<b>SALDO</b> (A-B) 400,00	
0   7   9   9   7   1	1 9 2 4 7 0 10	OTALE A	400 ,00 <sub>B</sub>	<b>,</b> , ,	400,00	
codice causale matricola INPS/ sede contributo filiale az	codice INPS/ periodo di ri cienda da mm/aaaa	iferimento: a mm/aaaa	importi a debito versati im	nporti a credito compensati		
Sodo Commodo mindo de	da mily dada					
			, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	, ,		
			<b>,</b>	<b>,</b> , ,	SALDO (C.D)	
	TO	OTALE C	, , ,	, +/-	SALDO (C-D)	
SEZIONE REGIONI	10	JIALE C	, , D	,	,	
codice regione	codice tributo rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati im	nporti a credito compensati		
				<b></b>		
			<b>,</b>	• •		
			<b></b>	<b>9</b> L-1+/-	SALDO (E-F)	
	TC	OTALE E	, F	•   "	SALDO (LI)	
SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUT		O OPERAZIONE	, I			
codice ente/ codice comune Ravv. variati Acc. Saldo immobili	codice tributo rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati im	nporti a credito compensati		
				• •		
			<b></b>	•		
			•	• +/-	SALDO (G-H)	
detrazione	тс	TALE G	, н	,		
SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDE	NZIALI E ASSICURATIVI		,	, , ,	,	
codice sede	nymero codice ditta c.c. di riferimer	<sub>nto</sub> causale	importi a debito versati im	nporti a credito compensati		
INAIL			<b></b>	•		
			•	• +/-	SALDO (I-L)	
	то	OTALE I	, L	•		
codice ente codice sede contributo c	codice posizione da mm/aaaa	iferimento: a mm/aaaa	importi a debito versati im	nporti a credito compensati	,	
		$\perp$		<b></b>	541DO (44.N)	
			,	<b>,</b> , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	SALDO (M-N)	
	TC	OTALE M	SALDO FINALE	,	,	
				EURO +	400 ,00	
ESTREMI DEL VERSAMENTO	(DA COMPILARE A CURA DI BANCA	/POSTE/AGENTE I	DELLA RISCOSSIONE)			
	DICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA		Pagamento effettuato con c	assegno	bancario/postale	
	AZIENDA CAB/S	AZIENDA CAB/SPORTELLO			circolare/vaglia postale	
giorno mese anno			tratto / emesso su	L ADI	CAP .	
				cod. ABI	CAB	