



DELEGA IRREVOCABILE A: BANCO BPM S.P.A.

MODELLO DI PAGAMENTO

UNIFICATO

Codice 14090

STAMPA DI PROVA

AGENZIA

NAPOLI

PROV. NA

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

0 4 5 2 3 8 3 1 2 1 4

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

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

DATI ANAGRAFICI

CERALDI GROUP S.R.L.

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

NAPOLI

N A

P.ZZA NAZIONALE 46

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

codice identificativo

SEZIONE ERARIO

	codice tributo	rateazione/ regione/ prov./ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
IMPOSTE DIRETTE - IVA	1668		2024	2,45		
RITENUTE ALLA FONTE	1990		2024	4,64		
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI	2001	0202	2024	1.354,90		
	8918		2024	18,85		
codice ufficio	codice atto					+/- SALDO (A-B)
			TOTALE A	1.380,84B		+ 1.380,84

SEZIONE INPS

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	

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
0 5	1993		2024	2,85		
0 5	3805		2024	1,51		
0 5	3812	0202	2024	831,31		
0 5	8907		2024	11,57		
						+/- SALDO (E-F)
			TOTALE E	847,24F		+ 847,24

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

codice ente/ codice comune	Ravv.	Immob. variabili	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
											+/- SALDO (G-H)
detrazione											
											TOTALE G

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

	codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
INAIL								
								+/- SALDO (I-L)
								TOTALE 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	
								+/- SALDO (M-N)
								TOTALE M

FIRMA

SALDO FINALE

EURO + 2.228,08

CERALDI VALERIO

ESTREMI DEL VERSAMENTO

(DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)

DATA	CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE	Pagamento effettuato con assegno	<input type="checkbox"/> bancario/postale
giorno mese anno	AZIENDA CAB/SPORTELLLO	n.ro	<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
3 0 1 0 2 0 2 4	05034 03406	tratto / emesso su	
		cod. ABI	CAB

Autorizzo addebito su
conto corrente codice IBAN

I 113X0503403406000000005462

firma