



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 RITENUTE ALLA FONTE ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI	1990		2025	35,90		
	1991		2024	3,49		
	2001	0101	2025	4.613,50		
	6494	0101	2024	449,00		
	8904		2024	14,03		
codice ufficio	codice atto	8918		2025	144,17	+/-
TOTALE A				5.260,09B		+ 5.260,09

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	
						+/-
TOTALE C					D	+ 5.260,09

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
0 5	1993		2025	32,98		
0 5	3812	0101	2025	4.238,00		
0 5	8907		2025	132,44		
TOTALE E				4.403,42F		+ 4.403,42

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

codice ente/ codice comune	Ravv.	Immob. variati	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
											+/-
TOTALE G										H	+ 4.403,42

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
							+/-
TOTALE I						L	+ 4.403,42
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	
							+/-
TOTALE M						N	+ 4.403,42

FIRMA

SALDO FINALE

EURO + 9.663,51

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			
				AZIENDA		CAB/SPORTELLLO		n.ro <input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale			
giorno		mese		anno				tratto / emesso su		cod. ABI CAB	
1	4	1	1	2	0	2	5	05034		03406	

Autorizzo addebito su
conto corrente codice IBAN

I 113X0503403406000000005462

firma