



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

sesso (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

giorno

mese

anno

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						
codice ufficio	codice atto					+/- SALDO (A-B)
			TOTALE A		B	

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice 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	
						+/- SALDO (E-F)
			TOTALE E		F	

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	
F 8 3 9			X		1	3918		2024	3.574,00		
											+/- SALDO (G-H)
detrazione									3.574,00H		+ 3.574,00
									TOTALE G		

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

INAIL	codice sede		codice ditta		c.c.	numero di riferimento		causale	importi a debito versati		importi a credito compensati		
													+/-
													SALDO (I-L)
TOTALE I													
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 + 3.574,00

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 n.ro _____ tratto / emesso su _____ cod. ABI _____ CAB _____	<input type="checkbox"/> bancario/postale <input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
giorno	mese	anno		AZIENDA	CAB/SPORTELLO		
0 7	0 6	2 0	2 4	05034	03406		

Autorizzo addebito su
conto corrente codice IBAN

I 113X0503403406000000005462

firma _____