

DELEGA IRREVOCABILE A:

delegation

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA

agency

PROV. **M B**

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

R S S M R A 7 4 D 2 2 A 0 0 1 Q

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

DATI ANAGRAFICI

MARIA

ROSSI

data di nascita

giorno **0 1** mese **0 1** anno **1 9 9 8**

Sesso (M o F) **F**

comune (o Stato estero) di nascita

ABANO BAGNI

prov.

P D

comune

prov.

via e numero civico

DOMICILIO FISCALE **MILANO**

M I

VIA SAN MARCO

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

codice identificativo **9 W**

SEZIONE ERARIO

IMPOSTE DIRETTE - IVA

RITENUTE ALLA FONTE

ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI

codice tributo	rateazione/regione/prov./ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
B9AD	88MP	2617	73,09	0,00
B9AD	88MP	2617	73,09	0,00
B9AD	88MP	2617	73,09	0,00
B9AD	88MP	2617	73,09	0,00
B9AD	88MP	2617	73,09	0,00
B9AD	88MP	2617	73,09	0,00 +/-

codice ufficio

codice atto

F R H

2 9 5 4 2 8 4 8 6 4 4

TOTALE A

438,54 B

SALDO (A-B)

438,54

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
5670	HHW	32W95Mf	40 312 08 419	0,84	0,00
5 6	HHW	32W95Mf	40 312 08 419	0,84	0,00
5670	HHW	32W95Mf	40 312 08 419	0,84	0,00
5 6	HHW	32W95Mf	40 312 08 419	0,84 +/-	0,00

TOTALE C

3,36 D

SALDO (C-D)

3,36

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
6 0	ZEMO	A	2306	9014,92	0,00

TOTALE E

9014,92 F

SALDO (E-F)

9014,92

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/codice comune	Raw.	Immob. variati	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
9 9 Y C	X	X	X	X	433	0943	43CV	2432	60029,16	0,00

TOTALE G

60029,16 H

SALDO (G-H)

60029,16

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati
69605	47858729	54	792244	B	0,60	0,00

TOTALE I

0,60 L

SALDO (I-L)

0,60

codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	da mm/aaaa	periodo di riferimento: a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati
8 7 3 9	B6COP	G1D	693850961	15 040	67 172	0,36	0,00

TOTALE M

0,36 N

SALDO (M-N)

0,36

SALDO FINALE

EURO + 69486,94

ESTREMI DEL VERSAMENTO

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

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE	
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLO

Pagamento effettuato con assegno

☐ bancario/postale

n.ro _____

☐ circolare/vaglia postale

tratto / emesso su _____

cod. ABI

CAB

