

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

delegation

AGENZIA

agency

PROV. MI

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

R S S M L B 8 0 A 0 1 A 2 0 0 D

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

DATI ANAGRAFICI

ROSSI

nome

MARIO ALBERTO

data di nascita

giorno mese anno
0 1 0 1 1 9 8 0

Sesso (M o F)

M

comune (o Stato estero) di nascita

MILANO

prov.

M I

comune

prov.

via e numero civico

DOMICILIO FISCALE MILANO

M I

VIA LARGA 21

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

T D I T L C 4 6 H 5 4 C 6 1 9 Q

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
			,	,
			,	,
			,	,
			,	,
			,	,
			,	,
			,	,
			,	,

codice ufficio

F R H

codice atto

2 9 5 4 2 8 4 8 6 4 4

TOTALE A

146,18 B

+/- **SALDO (A-B)**

+ 146,18

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/filiale azienda	da mm/aaaa	periodo di riferimento: a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati
5670	HHW	32W95Mf	40	3120 08 4198	0,84	0,00
					,	,
					,	,
					,	,
					,	,
					,	,
					,	,
					,	,
					,	,
					,	,

TOTALE C

0,84 D

+/- **SALDO (C-D)**

+ 0,84

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
				,	,
				,	,
				,	,
				,	,
				,	,
				,	,
				,	,
				,	,
				,	,

TOTALE E

F

+/- **SALDO (E-F)**

,

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
									,	,
									,	,
									,	,
									,	,
									,	,
									,	,
									,	,
									,	,
									,	,

TOTALE G

H

+/- **SALDO (G-H)**

,

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

+/- **SALDO (I-L)**

,

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
						,	,
						,	,
						,	,
						,	,
						,	,
						,	,
						,	,
						,	,
						,	,

TOTALE M

N

+/- **SALDO (M-N)**

,

SALDO FINALE

EURO + 147,02

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/SPORTELLLO

Pagamento effettuato con assegno

☐ bancario/postale

n.ro

☐ circolare/vaglia postale

tratto / emesso su

cod. ABI

CAB

