



**MODELLO DI PAGAMENTO  
UNIFICATO**

DELEGA IRREVOCABILE A: BANCA SELLA SPA

AGENZIA SALERNO

PROV. SA

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

**CONTRIBUENTE****CODICE FISCALE**

0 0 5 5 3 4 3 0 6 5 3 | | | | |

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

cognome, denominazione o ragione sociale

INTUR S.R.L.

nome

data di nascita

giorno

mese

anno

sesso (M o F) comune (o Stato estero) di nascita

1 9 0 2 1 9 9 6

prov.

**DOMICILIO FISCALE**

comune MAIORI

prov. via e numero civico  
SIA VIA SANTA TECLA 8CODICE FISCALE del coobbligato, erede,  
genitore, tutore o curatore fallimentare

codice identificativo

**SEZIONE ERARIO****IMPOSTE DIRETTE – IVA****RITENUTE ALLA FONTE****ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI****SEZIONE INPS**

codice sede

causale contributo

matricola INPS/codice INPS/  
filiale aziendaperiodo di riferimento:  
da mm/aaaa a mm/aaaa

importi a debito versati

importi a credito compensati

7200

DMRA

7207812070

092024

736,08

codice ufficio

codice atto

TOTALE

A

B

+/- SALDO (A-B)

**SEZIONE REGIONI**

codice regione

codice tributo

rateazione/  
mese rif.

importi a debito versati

importi a credito compensati

TOTALE

C

736,08

D

+/- SALDO (C-D)

736,08

**SEZIONE IMU ED ALTRI TRIBUTI LOCALI**codice ente/  
codice comune

Immob.

Ravv. Variati Acc. Saldo

numero immobili

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

importi a debito versati

importi a credito compensati

TOTALE

E

F

+/- SALDO (E-F)

detrazione

,

TOTALE

G

H

+/- SALDO (G-H)

**SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI**

INAIL

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

periodo di riferimento:  
da mm/aaaa a mm/aaaa

importi a debito versati

importi a credito compensati

TOTALE

M

N

+/- SALDO (M-N)

**FIRMA**

SALDO FINALE

EURO + 736,08

**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
			03268	76170

Pagamento effettuato con assegno

n.ro \_\_\_\_\_

tratto / emesso su \_\_\_\_\_

bancario/postale

circolare/vaglia postale

cod. ABI

CAB