

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

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

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

DATI ANAGRAFICI

INTUR S.R.L.

data di nascita _____ sesso (M o F) comune (o Stato estero) di nascita _____
giorno mese anno

PROV.

1 9 0 2 1 9 9 6

comune

prov.

via e numero civico

DOMICILIO FISCALE

MAIORI

S | A

VIA SANTA TECLA 8

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		1	0	0	1	0003	2025	4058,16		,			
		1	0	1	2	0003	2025	1484,72			,		
		1	6	2	7		2025		,			1,32	
		1	7	0	1	0003	2025		,			101,91	
		1	7	0	4	0003	2025		,			44,32	
codice ufficio	codice atto											+/-	SALDO (A-B)
						TOTALE	A	5542,88	B	147,55	+		5395,33

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice filiale azienda	periodo di riferimento:		importi a debito versati	importi a credito compensati	
			da mm/aaaa	a mm/aaaa			
7200	C10	84010MAIORI	032025		607,00		
7200	DM10	7207812070	032025		862,00		
7200	DMRA	7207812070	052024		78,71		
7200	DMRA	7207812070	072024		88,64		
			TOTALE	C	1019,41	D	+/- SALDO (C-D)
							1019,41

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
0 5	3 8 0 2	0003	2024	168,22	,
0 5	3 8 0 2	0003	2025	644,12	,
				,	,
				,	, +/-
		TOTALE	E	2326,34 F	+ 2326,34

SEZIONE IMU ED ALTRI TRIBUTI LOCALI

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

codice ente/ codice comune	Immob.			numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati		
Ravv.	Variati	Acc.	Saldo								
A064					3 8 4 8	0003	2024	16,19	,		
B759					3 8 4 8	0003	2024	192,25	,		
C984					3 8 4 8	0003	2024	75,43	,		
E839					3 8 4 8	0003	2024	188,11	,	+/-	SALDO (G-H)
detrazione						TOTALE	G	471,98	H	,	+ 471,98

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

[illegible]

codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento:		importi a debito versati	importi a credito compensati	
				da mm/aaaa	a mm/aaaa			
TOTALE						M	N	+/-
								SALDO (M-N)

FIRMA

SALDO FINALE

EURO	+	18387.76
------	---	----------

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

DATA				CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE	
				AZIENDA	CAB/SPORTELLO
giorno	mese	anno			
				03268	76170

Pagamento effettuato con assegno
n.ro _____
tratto / emesso su _____

☐ bancario/postale
☐ circolare/vaglia postale

cod. ABI _____
CAB _____

Autorizzo addebito su
conto corrente codice IBAN

IT06P0326876170052425024130

firma

Data di stampa: 11/04/2025 - Ora di stampa: 10:22

