

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE R S S M R A 7 1 T 0 9 H 5 0 1

cognome, denominazione o ragione sociale

DATI ANAGRAFICI ROSSI

nome **MARIO**

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

0 9 | 1 2 | 1 9 7 1 M ROMA

prov. **RM**

DOMICILIO FISCALE ROMA

prov. via e numero civico **R M VIALE C. COLOMBO #26**

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	TVRI		2019	90,00		
RITENUTE ALLA FONTE						
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
						+/- SALDO (A-B)
TOTALE A				90,00	0,00	+ 90,00

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	
						+/- SALDO (C-D)
TOTALE C						

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						

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/codice comune	Immob. variat. Raw	Acc. Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
									+/- SALDO (G-H)
TOTALE G									

SEZIONE ALTRI FONDI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

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 + 90,00

ESTREMI DEL VERSAMENTO

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

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno		<input type="checkbox"/> bancario/postale
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLO	n.ro		<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
					tratto / emesso su	_____	
						cod ABI	CAB

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN

IT

firma _____