

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE B N C N N A 3 0 E 6 0 E 2 8 5 A barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare
cognome, denominazione o ragione sociale nome

DATI ANAGRAFICI BIANCHI ANNA
data di nascita giorno provincia sesto (M o F) comune (o Stato estero) di nascita prov.
 2 0 0 5 1 9 3 0 F ILLORAI S S

DOMICILIO FISCALE ILLORAI S S Via Murighessa 11
comune prov. via e numero civico

CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare R S S M R A 2 7 S 1 6 E 2 8 5 Y codice identificativo 0 8

SEZIONE ERARIO

codice tributo	rateazione/regione/prov./mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
1530 IMPOSTA IPOTECARIA	1530	2017	1589,00		
1531 IMPOSTA CATASTALE	1531	2017	894,00		
1532 TASSA IPOTECARIA	1532	2017	70,00		
1533 IMPOSTA DI BOLLO	1533	2017	170,00		
1538 TRIBUTI SPECIALI	1538	2017	54,54		
			2777,54		SALDO (A-B)
T W N			TOTALE A	B	2777,54

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	
						SALDO (C-D)
TOTALE C				D		

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				F		

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/codice comune	Ravv. Inmob. variabili	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							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	
							SALDO (I-L)
TOTALE 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	
							SALDO (M-N)
TOTALE M					N		

FIRMA

SALDO FINALE

EURO + 2777,54

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
<small>giorno</small> <small>mese</small> <small>anno</small>	AZIENDA	CAB/SPORTELLI	<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
			n.ro _____
			tratto / emesso su _____
			cod. ABI _____ CAB _____

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN

firma _____